

متحدوا الإعاقة

من منظور الخدمة الاجتماعية



دكتور

عبد المحي محمود حسن صالح

أستاذ م. ورئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية
بجامعة الإسكندرية

دار المعرفة الجامعية

٤٠ شارع سويفت، الزاوية، ش. ١٦٣-١٨٣
٣٨٧ شارع سيدنا الحسين، ش. ٤٦-٣١٧



Bibliotheca Alexandria

متحدوا الإعاقة من منظور الخدمة الاجتماعية

دكتور

عبد الحى محمود حسن صالح
أستاذ م. ورئيس قسم مجالات الخدمة الاجتماعية
المعهد العالى للخدمة الاجتماعية بالإسكندرية

١٩٩٨

دار المعرفة الجامعية

٤- شبراخيت - الطريق - ٤٨٣٠١٦٣
٣٨٧ شبراخيت - ٥١٧٣٤٦٠

• بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ •

أَمْ يَقْسِمُونَ رَحْمَتَ رَبِّكَ لَنْ قَسِمْنَا بِتَنَهُمْ
 فَعِيشَتُهُمْ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَرَفَعْنَا بَعْضَهُمْ فَوْقَ بَعْضٍ دَرَجَاتٍ
 لِيَجْزِيَ بَعْضُهُمْ بَعْضًا تَخْزِيًّا وَرَحْمَتَ رَبِّكَ خَيْرٌ مِمَّا يَجْمَعُونَ ﴿٣١﴾

صدق الله العظيم
 سورة الزخرف (آية ٣٢)

تقديم

يعتبر النصف الثاني من القرن العشرين هو البداية الحقيقية لتوجيه أوجه الرعاية المتكاملة لفئات المعوقين، وقد بدأ الاهتمام بهم فى أعقاب الحرب العالمية الأولى والثانية وما خلفهما من تزايد فى أعداد المصابين والمشوهين من ذوى العاهات، بعد أن واجهوا العديد من مشكلات الإهمال والاضطهاد فى العصور القديمة.

ففى كل من مجتمعات أسبرطة وروما والجزيرة العربية إلى جانب العديد من القبائل فى جميع بقاع العالم لاقى المعوقين شتى ألوان التعذيب فكانوا يتركون جوعاً حتى الموت أو يؤادونهم وأطفالهم خوفاً على المجتمع من شرورهم ومشكلاتهم.

ويظهر الديانات السماوية السمة وما تحمله من تعاليم دينية من عدل وإيحاء وتسامح ومحبة ... الخ، كان الاهتمام بهؤلاء المعوقين وحقهم على المجتمع فى مساعدتهم وحقهم فى الحياة من خلال التكافل الاجتماعى والمساواة بين الجميع بدون تفرقة بين الفقير والغنى والقوى والضعيف والأبيض والأسود إل نادى الدين الإسلامى بضرورة توفير أوجه الرعاية الاجتماعية للمعوقين والفقراء وذوى الحاجات الخاصة.

ويشهد القرن الحالى إهتماماً ملحوظاً برعاية المعوقين وذوى الحاجات الخاصة على المستوى العالمى، وأصبحت الرعاية الاجتماعية من أهم البرامج التى تأخذ مكان الصدارة للمعوقين فى العالم المتقدم والنامى المتخلف بهدف التخطيط الواعى لأحداث التغيير المقصود لإيجاد التوافق بين أداء الإنسان لأدواره ووظائفه الاجتماعية وبين بيئته التى يعيش فيها ولإدراك الإنسان المعوق أنه يملك قدرات وطاقات هائلة إذا ما تم تأهيله وتوجيهه وتدريبه لأصبح إنساناً منتجاً لا يختلف عن غيره من الأسوياء.

ولقد كان لظهور الصناعات الحديثة وإستخدام التكنولوجيا المتقدمة أثره على زيادة نسبة المعوقين فى العالم وما ينتج عن الإعاقة من مشكلات

اجتماعية وأسرية واقتصادية الخ، كان لها أكبر الأثر فى صدور العديد من التشريعات القومية والعالمية لتوجيه الاهتمام بالمعوقين، وزيادة المؤسسات الخاصة برعايتهم.

ويعتبر عقد الثمانيات من هذا القرن من أكثر المراحل فى تاريخ تطور سياسة رعاية المعوقين على المستوى العالمى بأسرة، حيث أعتبر عام ١٩٨١ عاماً دولياً لرعاية المعوقين.

وبالرغم مما تقدم لا قى المعوقين الوان من الرعاية المختلفة فى المجتمع المصرى منذ العصر القديم وحتى الآن، وتزايد هذا الاهتمام بعد ثورة ١٩٥٢ بصور قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠، والقانون رقم ٩١ عام ١٩٥٩، كما كان لحرب أكتوبر عام ١٩٧٣ وما قدمه الجيش المصرى من تضحية وفداء لتحقيق النصر العظيم أكبر الأثر فى تزايد الاهتمام بالمعوقين وتوفير كافة الرعاية لهم وذلك بصور قانون التأهيل رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ والقانون رقم ٤٩ لعام ١٩٨٢، وصور إعلان رئيس الجمهورية باعتبار السنوات العشر ١٩٨٩ - ١٩٩٩ عقداً لحماية الطفل المصرى، والتي نصت فى أحد بنوده على توفير القدر المناسب من أوجه الرعاية للأطفال المعوقين.

واذا كانت الخدمة الاجتماعية بطرقها الرئيسية تسعى فى هذا المجال إلى تمكين المعوق من الاستفادة بفرص العلاج لاقصى حد ممكن بغية التغلب على ما خلفته الاعاقة من آثار سيئة، فإنها تسعى إلى دفع عجلة التنمية من خلال التعامل المبني على أسس علمية مع تحدياتها التى من شأنها أن تجهض البرامج التنموية وتعتبر الاعاقة وما تتركه من آثار سيئة على المعوق وأسرته من أهم تحديات التنمية فى هذا العصر.

ونظراً لأهمية دور الخدمة الاجتماعية فى مجال تأهيل ورعاية المعوق كان موضوع هذا الكتاب، حيث اشتمل على عشرة فصول:

ناقش الفصل الأول التطور التاريخى لرعاية المعوقين، حيث إشتمل على تطور رعاية المعوقين فى العصور القديمة، وفى ظل الديانات السماوية وفى العصر الحديث مع توضيح لمشكلة وحجم المعوقين عالمياً ومحلياً.

وتناول الفصل الثاني دراسة للمفاهيم النظرية المرتبطة بالمعوقين حيث احتوى على مفاهيم الخدمة الاجتماعية، والرعاية الاجتماعية، والشخصية، التكيف والتوافق الاجتماعى، والتأهيل، ومفهوم الحاجات والمشكلات الفردية، ومفهوم الدور والاعاقة.

وأهتم الفصل الثالث بموضوع العوامل المسببة للاعاقة، حيث اشتمل على أسباب الاعاقة وتضيف الاعاقة الجسمية والحسية والعقلية.

أما الفصل الرابع، فتناول أنواع الاعاقات الحسية، وأختص بشرح مفصل للاعاقة البصرية من حيث الأسباب، وشخصية الكفيف وبرامج رعايته، ودور الخدمة الاجتماعية مع هذه الإعاقات.

وناقش الفصل الخامس موضوع الاعاقة السمعية من حيث المفهوم والأسباب المرتبطة بالاعاقة، والملاقة بين الصمم والكلام، واحتياجات المعوق سمعياً وأوجه البرامج المقدمة لهم.

وأختص الفصل السادس بموضوع الاعاقة العقلية (الضعف العقلى) حيث إحتوى على مفهوم الاعاقة وتصنيفاتها والعوامل المسببة لها، ومشكلات الضعف العقلى، وتبين أوجه برامج الرعاية الاجتماعية المقدمة لضعاف العقول.

أما الفصل السابع فتناول موضوع الاعاقة الجسمية (مبتورى الاطراف) حيث ناقش مفهوم البتر وأسبابه، واحتياجات المعوق جسمىاً، ودور الخدمة الاجتماعية مع المعوقين حركياً.

وتناول الفصل الثامن موضوع تأهيل المعوقين حيث احتوى على مفهوم التأهيل وفلسفته ومشكلات المعوقين واحتياجاتهم، ووسائل ومبادئ التأهيل المهني وخطواته.

أما الفصل التاسع فاهتم بموضوع الخدمة الاجتماعية وتأهيل المعوقين حيث إحتوى على مفهوم ووظائف الخدمة الاجتماعية للمعوقين، وتناول بشئ من التفصيل لإسهام طرق الخدمة الاجتماعية فى هذا المجال.

أما الفصل العاشر الأخير فاختص بمرض لنماذج من المؤسسات المتخصصة في رعاية المعوقين سواء في محافظة الاسكندرية أو القاهرة، مع عرض لبعض القوانين والقرارات الوزارية الصادرة بشأن رعاية المعوقين وتأهيلهم.

وأتمنى من الله العلى القدير أن أكون قد استطعت أن أقدم ما يفيد طلاب الخدمة الاجتماعية والمهتمين المخلصين في هذا المجال.
والله ولى التوفيق ،،،

المؤلف

محتويات الكتاب الموضوع

مقدمة

الفصل الأول التطور التاريخي لرعاية المعوقين

١٥	تقديم
١٦	تطور رعاية المعوقين في العصور القديمة
٢٠	تطور رعاية المعوقين في ظل الديانات السماوية
٢٣	تطور رعاية المعوقين في العصر الحديث
٢٦	حجم مشكلة المعوقين عالميا ومحليا
٣٠	مراجع الفصل الأول

الفصل الثاني دراسة حول المفاهيم النظرية

٣٥	تقديم
٣٥	مفهوم الخدمة الاجتماعية
٣٧	مفهوم الرعاية الاجتماعية
٣٩	مفهوم الشخصية
٤١	مفهوم التكيف
٤٨	مفهوم التوافق
٤٩	مفهوم الحاجات
٥٢	مفهوم المشكلة الفردية
٥٥	مفهوم المعوق
٥٧	مفهوم الاعاقة
٥٨	مفهوم التأهيل المهني
٥٩	مفهوم الدور
٦١	مراجع الفصل الثاني

الفصل الثالث العوامل المسببة للاعاقة

٦٧	تقديم
٦٧	أسباب الإعاقات
٧٦	تصنيف الإعاقات وتشمل:
٧٨	المعوقون جسمياً
٨٦	المعوقون حسيّاً
٨٨	المعوقون عقلياً
٩٤	مراجع الفصل الثالث

الفصل الرابع الاعاقات الحسية (كف البصر)

٩٩	تقديم
١٠٠	أنواع الحواس
١٠٣	الإعاقات البصرية (كف البصر) وتشمل:
١٠٤	أسباب فقد البصر
١٠٥	تخصية الكفيف ومشكلاته
١٠٨	رشادات للتعامل مع الكفيف
١١٤	برامج رعاية المكفوفين
١١٦	مجز الخدمة الاجتماعية مع المكفوفين
١٢٠	مراجع الفصل الرابع

الفصل الخامس الاعاقة السمعية

١٢٥	تقديم
١٢٥	مفهوم الأصم
١٢٥	محددات الاعاقة السمعية
١٣١	عوامل المسببة للإعاقات السمعية

١٣٥	العلاقة بين الاعاقة السمعية والكلام
١٣٧	لحياجات المعوقين سمعياً
١٤٠	الرعاية المرجّه للمعوقين سمعياً
١٤٢	دور الأسرة تجاه المعوق سمعياً
١٤٧	الخدمة الاجتماعية مع المعوقين
١٥٦	مراجع الفصل الخامس

الفصل السادس

الاعاقة العقلية (الضعف العقلي)

١٦٣	تقديم
١٦٤	مفهوم الضعف العقلي
١٦٥	تصنيف الضعف العقلي
١٦٧	العوامل المسببة للضعف العقلي
١٧٠	السمات المصاحبة للضعف العقلي
١٧٢	مشكلات الضعف العقلي
١٧٣	الرعاية الاجتماعية لضعاف العقول
١٧٨	مراجع الفصل السادس

الفصل السابع

الاعاقات الجسمية (فئة مبتعري الاطراف)

١٨٣	تقديم
١٨٣	مفهوم الميتر
١٨٤	أسباب الاصابة
١٨٥	أثر الميتر على المعوق
١٨٧	لحياجات المعوقين جميعاً
١٩٢	الخدمة الاجتماعية ورعاية المعوقين حركياً
١٩٧	مراجع الفصل السابع

الفصل الثامن تأهيل المعوقين

٢٠١	تقديم
٠٤	مفهوم التأهيل
٢٠٥	فلسفة التأهيل
٢٠٨	مشكلات المعوقين
٢١٦	احتياجات المعوقين
٢١٧	العلاج التأهيلي
٢٢٦	وسائل التأهيل المهني
٢٢٩	مبادئ التأهيل
٢٣١	خطوات التأهيل
٢٣٨	مراجع الفصل الثامن

الفصل التاسع الخدمة الاجتماعية وتأهيل المعوقين

٢٤٣	تقديم
٢٤٣	مفهوم الخدمة الاجتماعية للمعوقين
٢٤٨	وظائف الخدمة الاجتماعية في مجال الاعاقة
٢٥٢	دور خدمة الفرد
٢٧٦	دور خدمة الجماعة
٢٨٢	دور تنظيم المجتمع
٢٩٧	مراجع الفصل التاسع

الفصل العاشر المؤسسات المتخصصة في رعاية وتأهيل المعوقين

٣٠١	تقديم
٣٠٢	نماذج لمؤسسات تأهيل رعاية المعوقين بالإسكندرية
٣٣٦	نماذج لمؤسسات تأهيل ورعاية المعوقين في القاهرة
٣٥١	عرض لبعض القوانين والقرارات الوزارية الصادرة بشأن المعوقين

الفصل الأول

التطور التاريخي لرعاية المعوقين

تقديم

- رعاية المعوقين في العصور القديمة.
- تطور رعاية المعوقين في ظل الديانات السماوية.
- تطور رعاية المعوقين في العصر الحديث.
- حجم مشكلة المعوقين عالمياً ومحلياً.

المراجع

التطور التاريخى لرعاية المعوقين

تقديم

عاش المعوقين فى التاريخ القديم من الاضطهاد والإهمال، فكانوا يتركون للموت جوعاً أو يؤدون منذ طفولتهم، وشهد ذلك مجتمعات روما واسبرطة والجزيرة العربية إلى جانب العديد من مختلف أرجاء العالم بينما كانوا يتمتعون بالرعاية فى كل من مصر والهند.

ولقد جاءت الشرائع السماوية وحثت على إحترام الإنسان وانتشار المحبة والتسامح ورعاية المرضى وذوى العاهات لمساعدتهم للقيام بمواجهة حياتهم وتوفير أوجه الرعاية لهم.

وأخذ عدد المعوقين فى الازدياد وخاصة بعد الحرب العالمية الأولى، وتم البحث عن وسائل جديدة لرعايتهم، وبدأ التأهيل مصحوباً بصيغة اقتصادية تدعو إلى الاستفادة من طاقات المعوقين المهنية فى الإنتاج، وأنشأت أولى معاهد التأهيل المهني بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٢٠، واستمرت الدعوة إلى اعقاب الحرب العالمية الثانية، وصحب ذلك التطور الهائل فى الجراحة الذى جاء نتيجة للتدمير البشرى الذى حدث فى الحرب العالمية الأولى، والتطور فى صناعية الأجهزة التعويضية الذى صاحب التطور التكنولوجى بصفة عامة، وجاء إعلان حقوق الإنسان الصادر عن هيئة الأمم المتحدة نقطة تحول هامة فى اتجاهات المجتمعات نحو أبنائها فحلت النظرية الاجتماعية الإنسانية محل النظرية الاقتصادية، وأصبحت الدعوة لرعاية المعوقين ونأهيلهم إجتماعياً ليعودوا أفراداً منتجين مندمجين فى مجتمعاتهم، يتمتعون بالكرامة والسعادة وحقوق المواطنة كغيرهم من المواطنين.

ولم يتخلف المجتمع المصرى لمسايرة هذا التطور، بل نستطيع القول أن المعوقين وجدوا كل الرعاية الإنسانية فى المجتمع المصرى منذ العصور القديمة ولزادت هذه الرعاية بتعاليم الدين الإسلامى، وبعد الحروب المتعاقبة التى خاضها الشعب المصرى وتزوجت بانتصار أكتوبر عام ١٩٧٣، اذا زاد

الإهتمام برعاية المعوقين على كل المستويات وفي شتى محافظات مصر
وصدر العديد من القوانين والقرارات الوزارية بشأن رعاية المعوقين وتأهيلهم.

وسنحاول في هذا الفصل تقديم عرض موجز عن التطور التاريخي
لرعاية المعوقين سواء في العصور القديمة، أو في ظل الاديان السماوية،
وأوجه الرعاية المقدمة لهم في العصر الحديث، كما سنشير باختصار عن
حجم مشكلة المعوقين عالمياً ومحلياً.

رعاية المعوقين في العصور القديمة:

لم يكن الاهتمام الذى أبداه العالم حديثاً لموضوع الاعاقة وضرورة
تكثيف الجهود لتقديم الرعاية اللازمة بمختلف جوانبها لفئات المعوقين
وليدة المصادفة البحتة أو بدافع الرغبة في دمج فئاتهم في المجتمع الكبير شفقة
عليهم بقدر ما كان إستفاقة من سبات طويل، وتصحيحاً لمجموعة من
الأخطاء التي تراكمت فأحاطت بالمعاق وأمسكت بناصيته وعرقلت مسيرته
الطبيعية عبر قرون عديدة من الزمن، وتشير المصادر التاريخية إلى معاناة المعاق
في جميع العصور الماضية من نظرة المجتمع السلبية نحوه، ومن جراء القوانين
والقواعد الظالمة التي جعلت منه هدفاً للتنفيس من النزعات العدوانية في
المجتمع بشكل أو آخر نتيجة للخوف والجهل من جهة، ونقصان المعلومات
من جهة أخرى. وتشير الكتابات إلى المأسى التي تعرضت لها بعض فئات
المعوقين وبعض ذويهم وأقربائهم وقد أرجع الناس من قديم الزمان شذوذ
تكوين المخلوقات الى قوى غيبية، أو تصورات غير منطقية، فأقدم تسجيل لمثل
هذه الحالات ما ورد على لوح فيخار إكتشفت في العراق، ويرجع تاريخها
إلى حوالي ألفي عام قبل الميلاد، أى في عهد آشور بانينبال ملك نينوى،
وفيها ذكرت بعض حالات شواد المخلوقات، وما صاحب ولادتها من أحداث
اعتبروها تغير شؤم بمقدمها إلى الحياة أو هي دلالة على غضب الآلهة.
ولهذا كان من عادة القدماء أن يقتلوا كل وليد ينجى بشئ شاذ في جسمه،
وأحياناً ما يحكمون بالموت على أمه. غنا منهم أن ذلك إرضاء لآلهتهم
الغاضبة^(١).

وكانت الاعاقات (العمى، القصور ...) مرتبطة فى العصور الأولى
بنفسب الآلهة وأن الرجوع إلى المثلوجيا اليونانية والرومانية والجرمانية يساعد
الدارس على الوقوف على فئات الأساطير من هذا النوع . وكان العمى
بصفة خاصة مرتبطاً بانتقام الآلهة التى حرمت عبداً من نورها ومن التمتع
بجمال كونها نتيجة فواحش لإرتكابها أو قربان لم يقدمه لها. أما الإعاقة
الذهنية فكانت مرتبطة بعالم الشياطين لذا تحتّم أن يعد ذو الاعاقة
الذهنية من عالم الإنس.

كانت كل فئات المعوقين منبوذة من المجتمعات القديمة فى أوروبا، وقد
ظلت هذه النظريات المتعلقة بالاعاقة سائدة حتى منتصف القرون الوسطى
حيث كانت الكنيسة تقول بأن المرض بجميع أنواعه قصاص على ما اقترفة
الإنسان من ذنوب. وإن الاعاقة تفهقر فكرى تضعف فيها الروح وتسيطر
عليها المادة.

كانت مواجهة الإنسان للمشاكل منذ فجر التاريخ تكسوها مسحة
التعليقات الخارقة للطبيعة ، فكان ينظر إلى المعوقين على أساس أنهم فئة
شاذة ولذا وفقاً لقاعدة البقاء للأقوى. فقد كان هؤلاء يتعرضون للموت
تحت وطأة الظروف المناخية الصعبة، أو بسبب عدم قدرتهم على مواجهة
أعدائهم والتغلب عليهم^(٢).

وتباينت نظرة المجتمعات الإنسانية عبر العصور للمعوقين وعلى الرغم من
هذا التباين إلا أنها إتفقت على إبعاد فئة المعوقين عن المجتمع وذلك
لإختلاف النظرة إليهم من مجتمع إلى مجتمع ومن عصر إلى عصر وقد
وصل الحال ببعض المجتمعات لتعرض الأطفال المعوقين للمخاطر والموت
حتى يتخلصون منهم، حيث كان المبدأ السائد فى تلك المجتمعات أن البقاء
للأصلح ويتشر هذا المبدأ الأسبرطى وساد بعض المجتمعات، ولقد كانت
الدولة فى إسبرطة تعتبر أن الفرد ملكاً للدولة منذ مولده، وهذا كان يعطيوها
الحق فى تقرير مصيره، وأن تقرير إذا كان هذا الفرد يستحق أن يحيا أو أن
يموت ويقرر ذلك ويحدده مجلس من المسنين، فإذا وجدوا أن الطفل ضعيفاً

أو معيباً خلقياً تركوه في العراء فترة من الوقت فإذا استطاع أن يتعلم على ما يواجهه من صعوبات ومشاكل ومعوقاً بما فيها العوامل الجوية سمحوا له بالحياة، وإلا تخلصوا منه حتى لا يعيشوا ضعيفاً^(٣)

ونجد أن لايكوروس Lucuryus في العام التاسع قبل الميلاد يتخلص من الصم والبكم والمكفوفين والمتخلفين عقلياً، فكان الأطفال الصم يدفنون أحياء، أما الأطفال المتخلفون عقلياً فكانوا يمزلون في مناطق نائية بعيدة عن الدولة وذلك في مستعمرات خاصة بهم حيث كان يمنع إختلاطهم أو إندماجهم في المجتمع حتى لا يتزوجوا منهم حفاظاً على قوة وصلاح المجتمع.

أما في أثينا في فترة حكم سولون Solon ٦٤٠ ق.م وكذلك في أيام أفلاطون Plato (٤٢٠ - ٣٤٧ ق.م) كان المعوقين يعتبرون ضرراً على الدولة حيث أن وجودهم يعوق قيامها بوظيفتها وأن السماح لهم بالتنازل والإنجاب يؤدي إلى إضعاف كيان الدولة، ولأن أفلاطون كان يهدف إلى تكوين دولة قوية تقوم على أساس سمو وارتقاء العقل، وصحة الجسم، وخلوه من الأمراض، فأدى ذلك بأفلاطون إلى نفى كل من لديه عجز أو عاهة إلى خارج الدولة مع عدم السماح له بالدخول إلى «أثينا» نهائياً حتى لا يصبح في المجتمع سوى الأذكياء والأصحاء والقادرون على الإنتاج والعمل والتفكير والدفاع عن الدولة.

ولقد وجه «أبيروبيدس» Euripids (٤٨٥ - ٤٠٦) ق.م الأفراد الذين يعانون من العمى إلى الإنتحار والتخلص من حياتهم، ولقد جرت العادة في بعض الأحيان أن يقتل الفرد الذي يعاني من العرج.

وفي حكم الرومان نجد أن الأسرة إذا رزقت بطفل وضع تحت قدم والده فإن رفعه الأب عن الأرض أصبح عضواً في الأسرة، أما إذا أعرض عنه بسبب نشوة في خلقته أو عجز في تكوينه ألقى به في عرض الطريق فإذا كتبت له الحياة أصبح من المضحكين أو من الرقيق^(٤).

ولقد إصطلحت الدولة الرومانية بصيغة عسكرية وكان المبدأ الذى تؤمن به هو البقاء للأصلح كما أن هذا المبدأ ساد معظم الدول فى هذا الوقت ، حيث كانوا يتخلصون من الضعفاء من المواطنين لتحفظ الأسرة بمنزلتها وكى تخلو من الأفراد الشواذ، وقد منح القانون الرومانى الأب حرية التصرف فى الأبناء الضعفاء بإلقائهم فى البحر، ومن تكتبت له الحياة منهم فكان يحترف التسول، وقد دفع ذلك بعض الآباء ببيع أطفالهم غير الأصحاء والمشوهين والمتخلفين عقلياً^{٥٠}.

ولقد بلغت الصورة أسوأها عندما سادت نزعة القوة عند الرومان القديم وأصبح إقتراس الأسود للبشر الضعفاء وسيلة للتسلية عند الملوك والباطرة. إلا أن هذا لم يمنع من ظهور ألوان متناثرة لرعاية المعوقين فى بعض الظروف وخاصة لطبقات السادة، وما نادى به «آلهة الخير» من دعوات لحماية ضعف الإنسان وعجزه، كما أدت «قوانين سولون» الاشتراكية عند الرومان القديم وإنشاء حكم الابطارة إلى ظهور بعض الأعمال الخيرية كانشاء ملاجئ لليتامى والعجزة وخاصة إيان حكم الامبراطور «تراجان».

ومنذ هذه الحقبة حتى بدء ظهور الأديان السماوية، اليهودية فالمسيحية فالاسلام إنطوى الفكر الإنسانى لتسود مرة أخرى الفوضى العقلية ولتتمثر جهود العناية المنظمة بالمعوقين.

ففى محيط العالم العربى قبل الأديان سادت الوثيقة وعبد بعض العرب النجوم والكواكب والشمس وظهرت الديانة الزراد تشية «المجوسية عبدة النار» وتصارعت الحضارات الآشورية والبابلية والآرامية والفينيقية وسادت فى العصور الجاهلية نزعات التقاتل والصراع القبلى على الزعامة والسقاية والتجارة فى بيئة جدياء فقيرة تفتقد الحياة وموارد الحياة لتسود مرة أخرى فلسفة القوة ونبد الضعفاء إستجابة لمطالبات الصراع المعيشى.

ويذكر المسعودى أن عرب الجاهلية عرفوا التفاخر بين القبائل بخلوها من أصحاب العاهات والعناصر الضعيفة، كما كانت عادة «وآد البنات» تجسيدا لمنطق القوة الذى ساد مناخ هذه الحقبة.

كما سادت في الهند صراعات البراهمة والبوذية والنظام الطبقي المغلق Claste إلى إستسلام للعجز بدعوى التسليم بالآلم والعجز كتعبير عن الأخلاق الفاضلة، ومن ثم عرفت الهند «الفقر الهندى» وإحتفالات تعذيب الجسد لتطهيرها من الآثام.

ولكن مع ظهور الأديان السماوية، ظهرت لأول مرة تشريعات قدسية محددة تقرر حقوقاً للمعزة والضعفاء واليتامى والأرامل وأبناء السبيل، فظهرت مفاهيم الرحمة والسلام والتسامح والخير كمعاني مجردة على الإنسان إعتناقها^(٦).

- رعاية المعوقين فى ظل الديانات السماوية:

وفى القرن السادس قبل الميلاد حيث الديانة الموسية فى الشرق الأوسط والأدنى فقد حظى المعوقين بشئ من الرعاية والاهتمام عن نظرائهم فى أوروبا حيث إهتمت الرسالة الموسية بهذه الفئة ونهت أن مايصيب الإنسان من صمم أو عاهة إنما هى إرادة الله، كما جعلتيم الديانة البوذية أيضاً فى الهند والصين ضمن أبناء بوذا وأوصت بمد يد المعاونة والمساعدة لهم ليتقرب الإنسان إلى بوازا^(٧).

ولقد نهت الديانة اليهودية عن قتل الطفل الكفيف لأنه هبة من الله ويجب المحافظة عليه ورعايته وحسن معاملته تقرباً لله.

وفى الديانة المسيحية وإنتشار مبادئها السمحة التى تقوم على الرحمة والمحبة بين الناس جميعاً، فلقد نادى بقيمة الفرد بعيداً عن نظرة التقاليد من قدره، وبغض النظر عن لونه أو جنسه أو سلالة أو نوعه ومكانته الإجتماعية، وجاهدت فى سبيل منع عادة وأد الأطفال الضعفاء والمتخلفين عقلياً والمشوهين، فتغيرت نظره المجتمعات لهؤلاء الضعفاء فأصبحت موضع شفقة ورحمة وعطف ومجة ورعاية وإحسان وحسن معاملة الآخرين.

ولقد أنشأ القديس «برتران أسقف لومان» داراً خيرية للمكفوفين لتعليمهم الطقوس الدينية المسيحية، وتلى ذلك إنتشار الملاجئ فى أغلب دول العالم وذلك بهدف توفير أوجه الرعاية المختلفة لذوى العاهات^(٨).

وعندما جاء الإسلام نادى بعلم التفرقة بين البشر، ومطالب بإقامة المساواة بينهم، كما أكد على وجوب النظر إلى الإنسان على أساس عمله وليس بمقدار طوله أو وزنه أو كيفية تركيب أعضائه، وأن من يفعل غير ذلك فهو غير مقبول عند الله، ويشير القرآن الكريم إلى هذا المعنى.

«عيسى وتولى أن جاءه الأعمى، وما يدريك لعله يزكى أو يذكر فتنعه الذكرى، أما من إستغنى فأنت له تصدى، وما عليك ألا يزكى»

(عيسى: ١-٧)

ومادام الحال كذلك فلا يعد إفتقاد البصر إلى جانب إفتقاد البصيرة عمى أو إعاقة.

«فإنها لا تعمى الأبصار ولكن تعمى القلوب التى فى الصدور»

• (الحج: ٤٦)

كذلك أكد الإسلام على مسؤولية الإنسان على سلوكه وتصرفاته دون تفرقه ما بين معوق إلا فى إطار الحدود التى تفرضها قيود الاعاقة نفسها.

«ليس على الأعمى حرج ولا على الأعرج حرج ولا على المريض حرج، ومن يطلع الله ورسوله يدخله جنات تجرى من تحتها الأنهار»

• (الفتح: ١٧)

ولم يتوقف الإسلام عند حد طلب كف الأذى المادى عن المسلم دون تفرقة بين مصوق وسوى، وإنما شمل ذلك طلب كف الأذى المعنوى المتمثل فى النظرة والكلمة والإشارة، وغيرها من وسائل التحقير أو التصغير والإستهزاء، وذلك وفق تعاليمه سبحانه وتعالى:

«يأبى الذين آمنوا لا يسخر قوم من قوم عسى أن يكونوا خيراً منهم»

إلى آخر الآيات

• (الحجرات: ١١)

ويشير كتاب تاريخ البيمارستانات فى الإسلام إلى النظرة الإيجابية التى

كان ينظر بها أفراد المجتمع الإسلامي للمعوقين ومساواتهم بخيرهم، إذ يروى أن الوليد ابن عبد الملك قد أعطى الناس المجذمين وقال «لا تسألوا الناس» وأعطى كل مقعد خادماً، وكل ضرير قائداً.

ولم يهمل المجتمع الإسلامي أمر علاج الاعاقات التي كان لها علاج معروف في ذلك الوقت، ومن ذلك فقد جرت الإشارة إلى أنه:

«..... كانت قاعة الأمراض الباطنة مقسمة إلى أقسام أخرى قسم للمحمومين وهم المصابون بالحمى، وقسم للمصروعين وهو لمن بهم المرض المسمى «مانيا» وهو الجنون السبى الخ»^(٩).

وتشير بعض المصادر إلى أن العرب في الإسلام كانوا يعطفون على المرض العقليين وضاعف العقول لأن إصابتهم من الله وقدره: «ولقد جاء في صك الأقات التي حبس فيها لصالح المستشفى التودى أو العتيق بحلب: أن كل مجنون كان يحظى بخادمين فينزعات عنه ثيابه كل صباح ويحممونه بالماء البارد، ثم يلبسانه ثياباً نظيفة ويحملونه على أداء الصلاة، ويسمعونه قراءة القرآن الكريم يقرؤه قارئ حسن الصوت، ثم يفسحونه في الهواء الطلق، ويسمح له في الآخر بالاستماع إلى الأصوات الجميلة والنفحات الموسيقية»^(١٠).

غير أن الإنسان سواء كان بدائياً أو متحضراً بقي على طبيعته يعجب بمظاهر الكمال المادى ويعتبرها دليلاً على القوة والرجولة، ويخجل من مظاهر النقص أو الضعف ويعتبرها دليلاً على العجز وقلة الحيلة، ويسوق لنا الأستاذ عمر كحل نمودجاً لذلك تمثلاً في العادات والطقوس الدينية التي تجرى في سن البلوغ بين بعض القبائل البدائية لإعلان وصول المراهقين إلى سن إكتمال الرجولة. «..... ويختبر هؤلاء في دورة الاحتفال إختاراً قاسياً ومؤثماً على الغالب ليبرهنوا على جلدتهم وتحملهم للأذى وصبرهم على احتمال الآلام البدنية، فتقص في بعض الأحوال قطعة من لحمهم ويقلع تارة سن من أسنانهم، أو يجرح عضو من أعضائهم، أو توشم أجسامهم، ويبقى أثر هذه العلامات كلها في حسد המתحنيين مدى الأيام للدلالة على

إجتيازه هذه المحنة ودخوله في عداد الرجال البالغين.

ولا تخلو هذه التجارب الأليمة من الخطر أحياناً، إذ قد تهدم صحة الممتحن أو تذيب الموت إذا كان ضعيفاً... إذ أنهم يفكرون أن من لم يجتاز ذلك بعد من أحط الناس قدرأ وأوضعهم شرفاً وكرامة

ولا يترك المثال السابق مجالاً للشك من أن بعض المجتمعات، حتى وإن توقفت عن ممارسة عمليات العنف الظاهر ضد المعوقين إلا أنها جعلتهم مواطنين من الدرجة الدنيا، فاعتبرت إعاقاتهم دليلاً على إفتقارهم إلى مقومات الشرف والكرامة، على أن ما يجب التذكير به هو أن تلك الممارسات لا علاقة لها بالمستوى الحضارى للمجتمع إذا إجهت بعض الأنظمة الغربية في القرن العشرين إلى التضيق على المعوقين، ومعاملتهم على أساس أنهم عناصر غير مرغوب من وجودها عن طريق القتل «إباحة الاجهاض»، أو العزل أو التعقيم لمنعهم من الإجناب، على إعتبار أنهم من العناصر التى لا تستحق الحياة^(١١).

ومع ذلك، فقد انتصرت النظرة الإنسانية فى النهاية والتي تبنت ما جاء به الإسلام منذ ما يزيد عن ألف سنة، إذ عمل المفهوم الحديث لمكونات الشخصية وما توصل إليه العلماء من معلومات عن طبيعة الاعاقة وأسباب حدوثها إلى تغيير الاتجاهات تجاه المعوقين مما أدى إلى القضاء على الأفكار القديمة التى كانت ترى فيهم صنائع للشيطان، حيث بدأ الناس فى العصر الحديث يهتمون بقضايا المعوقين وضرورة توفير الخدمات اللازمة لتحقيق فكرة للمساواة الكاملة والاندماج الكامل فى المجتمع، وذلك بعدما إنمحت الفكرة التى سادت أوروبا فى المصور الوسطى والتى كانت ترى «أن مجيء وليد به بعض الشنوذ فى خلقه يرجع إلى تدخل الشيطان أثناء عملية الجماع...»^(١٢)

رعاية المعوقين فى العصر الحديث:

أما فى العصر الحديث فنجد أن أول محاولة لتعليم المكفوفين، بطريقة منتظمة على يد «فانتان هوى Valantean Hawiy» فى باريس ١٧٨٤، عند إفتتاح مدرسة أطلق عليها المهد الأهلئ لصغار العميان، وقد إستولت الدولة

عليها عام ١٧٩١ ، وقامت مدرسة أخرى فى إنجلترا عام ١٧٩١ على يد إدوارد شتين Edward shitin، فى مدينة ليفربول ثم ثالثة فى عام ١٧٩٩ وانتشرت بعد ذلك مدارس المكفوفين فى الدول الأوروبية .

وقد كان إهتمام لويس بريل Louis Braille بفقة المكفوفين حيث ابتكر طريقة بريل Braille لتعليم القراءة والكتابة للمكفوفين، وقد ساعدت هذه الطريقة على وجود أسلوب منظم لتعليم فئة المكفوفين .

وظلت المحاولات الفردية لبعض الأفراد حتى حدث تغير كبير فى طرق تربية الصم وذلك نتيجة لجهود بعض المفكرين والتي أكدت على ضرورة الاستفادة من بقية السمع الذى لدى الطفل الأصم وتعليمه وتدريبه على إخراج الأصوات، وكان من الأهمية التأكيد على إعداد المعلم المتخصص فى تربية الصم وبقية الأفراد غير العاديين، ولقد كان من أهم العوامل التى أدت إلى ظهور فكرة تعليم الصم (١٣) .

١ - ظهور فلسفة حديثة فى تعليم الصم وانتشار طرق التربية الحديثة فى إعدادهم .

٢ - الاتجاه نحو إعداد معلمى الصم

٣ - ظهور مؤلفات خاصة بتربية الصم

٤ - ظهور القوانين الملزمة لتعليم الصم فى إنجلترا وفى توصيات مؤتمر ميلانو عام ١٨٨٥ .

ونجد فى إنجلترا إهتماماً كبيراً بتربية المتخلفين عقلياً فقد أنشأ «ريد Ride» فى عام ١٨٤٠ مؤسسة للمتخلفين عقلياً فى منطقة «هاى جيث High Gote» ونحت رعاية الملكة فيكتوريا، وبفضل تبرعات العديد من الأفراد وأشرفت هذه المؤسسة على تدريب المتخلفين عقلياً على بعض الأعمال اليدوية البسيطة .

وفى عام ١٨٦٧ أنشئت مؤسسة أخرى هى مؤسسة ستار كروس Star Cross حيث تبعها صدور قانون خاص بالمتخلفين عقلياً والذى أشار إلى

ضرورة توفير الرعاية والعناية لهم^(١٤). وأنشأ لهم أول مؤسسة في لينيرج في بداية القرن ١٩ .

وفي أمريكا ظهر الإهتمام بالمتخلفين عقلياً عام ١٨٥٠ عندما أسس سيجان Sigan مؤسسة لرعاية تربية الشبان المتوهين والمتخلفين عقلياً بولاية ماسيوشستس.

وفي إيطاليا كان لجهود منتسوري Montessori الأثر الواضح في الاهتمام - بالمتخلفين عقلياً حيث تم تأسيس مدرسة تؤمن بأن مشكلة المتخلفين عقلياً مشكلة تربوية أكثر منها طبية وصممت أدواتها لتدريب الحواس والمضلات.

ولقد كان للحريين العمليتين أثرهما البالغ خلال القرن الحالى فى الاهتمام برعاية ذوى العاهات. فقد أسهمت الدول والحكومات فى تيسير أسباب وسبل تعليم ذوى العاهات وتأهيل مشوهى الحرب وأصبح هذا واجب من واجبات الدولة لذلك أنشئت العديد من المدارس الخاصة لضعاف السمع ومدارس خاصة بالصم، وضعاف البصر والتأخر فى الذكاء والشلل. وبالنسبة للمكفوفين سمح لهم بالتجمع فى نقابات تنادى بمطالبهم وتعبير عنهم وأصبحوا يمارسون مهناً يدوية وفكرية وأصبح تعليم المكفوفين، منذ بداية القرن التاسع عشر إلزامياً^(١٥).

ويمكن حصر المراحل التاريخية التى مر بها الموق فى الآتى:

- ١- نبذ المجتمعات لذوى العاهات وتعرضهم للمخاطر والهلاك.
- ٢- رعاية الأديان لهذه الفئة وحث الناس على رعايتهم ونبذ فكرة مس الشيطان.
- ٣- مرحلة ابتكار الطرق والأدوات والأساليب التى تنهذ من الاهتمام بهذه الفئة مع وجود التنظيمات كالتقابات والروابط التى تجمع هذه الفئات.
- ٤- الاهتمام من جانب المهن المختلفة برعاية هذه الفئة كالطب والطب النفسى والتعليم والتربية والخدمة الإجتماعية وغيرها^(١٦).

نحجم مشكلة المعوقين عالمياً ومحلياً

يشهد النصف الثاني من هذا القرن أى بعد عام ١٩٥٠ مرحلة جديدة وتطورات ملحوظة فى مجال رعاية المعوقين، وساعد على ذلك ظهور الاهتمامات الدولية بهذه الفئة بعد الحرب العالمية الثانية مباشرة، وأدركت الكثير من دول العالم أهمية المعوقين غير القادرين ذهنياً وحركياً، وبالطبع ظهرت الكثير من المشاكل المالية التى ساهمت فى بطئ عمليات الأعداد والتنفيذ، ولكن ما لبثت أن تزايدت الاهتمامات العالمية، وأيضاً السياسات الحكومية القومية وصدر العديد من التشريعات القانونية والاجتماعية والصحية وحقوق المعوقين فى الحياة والعمل، كما كانت لاسهامات التقدم الطبى الحديث بالإنجازات هامة فى مجال الرعاية الصحية للمعوقين، ومن أهم تلك الإنجازات اكتشاف لقاح ضد مرض شلل الأطفال عام ١٩٥٦ والذى ساهم فى تخفيض نسبة المعوقين إلى النصف تقريباً.

هذا بالإضافة إلى تقدم مجال طب العيون والحد من الإصابات المتزايدة للأطفال المكفوفين أيضاً وينطبق ذلك على العديد من الاسهامات الطبية والأخرى فى مجال أمراض الحسبة وغيرها^(١٧).

ولقد أولى المجتمع العالمى عناية خاصة لمشكلة الاعاقة، حيث اعتمدت الجمعية العامة للأمم المتحدة اعلانين لحقوق المعوقين، كما أعلن عام ١٩٨١ عاماً دولياً للمعوقين والفترة من عام ١٩٨١ حتى عام ١٩٩١ عقداً دولياً خاصاً بهم، اعتمدت فى إطاره خطة عمل دولية معينة بإتخاذ تدابير فعالة للحد من الإصابة بالإعاقة لإعادة تأهيل المعوقين وتحقيق مشاركتهم الكاملة والفعالة فى الحياة الاجتماعية وفى عملية التنمية، ومن ثم تسويق هذه الجهود بصدر الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل عام ١٩٨٩ وأفردت بها مادة رقم ٢٣ خاصة بالطفل المعوق وفيه تعترف الدول الأطراف بوجود تمتع الطفل المعوق عقلياً أو جسدياً بحياة كاملة وكرامة فى ظروف تكفل له كرامته وتعزز اعتماده على النفس ونيسير مشاركته الفعالة فى المجتمع^(١٨).

وتكشف بعض الاحصاءات العالمية عن مدى زيادة حجم المعوقين عالمياً وعن تلك النسب والتوقعات المستقبلية لأبعاد هذه المشكلة وحتى عام ٢٠٠٠، ومن أهم تلك الاحصاءات، أن إجمالي نسبة المعوقين في الدول المتقدمة تصل عام ٢٠٠٠ إلى ١٣٦ مليون من بينهم ٨١,٦ مليون شديدي الاعاقة، أما الدول النامية، فسوف يصل عدد المعوقين بها إلى ٧٠٩,٧ مليون معاق، من بينهم ٤٢٥,٨ مليون شديدي الاعاقة، وطبقاً لإحصاءات عام ١٩٨١ والتي تشير إلى إجمالي المعوقين عالمياً تقدر نسبتهم ٢١٠ من الإجمالي العام للسكان، والمتأمل لهذه النسب يجد أن هناك تفاوتاً كبيراً بين الدول المتقدمة والنامية، فلقد بلغ متوسط المعوقين ٢٨ الدول المتقدمة، أما في الدول النامية فيرتفع هذا المتوسط إلى ١٣,٥ بينما يصل إلى ٢٠ في الدول الأكثر تخلفاً، كما يلاحظ أيضاً على تلك المؤشرات الإحصائية معدلاً الزيادة السنوية وتباينها بين الدول المتقدمة والنامية، فلقد بلغ معدل الزيادة السنوية للمعوقين في الدول المتقدمة ٧٥,٢٠ بينما يرتفع هذا المعدل إلى حوالي ٢٠,٥٦ في الدول النامية^(١٩).

ولقد تزايدت نسبة الإعاقة في العالم العربي بصورة كبيرة، حيث يمكن تقدير إجمالي عدد السكان حالياً بحوالي ٢٢٠ مليون نسمة، ومع افتراضنا بثبوت نسبة المعوقين ٢١٠ من حجم السكان كما حددتها إحصاءات الأمم المتحدة في بداية الثمانينات، فإن نسبة المعوقين حالياً يقدر بحوالي ٢٢ مليون معوق، ومن أهم العوامل التي تسهم في زيادة المعوقين في العالم العربي مايلي:

١- أن جميع الدول العربية مثل غيرها من دول العالم الثالث والتي يبلغ متوسط حجم المعوقين بها ما بين ١٣,٥ - ٢١٥ من حجم السكان.

٢- أن هناك تزايداً مستمراً في حجم السكان نتيجة لتبني عدد كبير من الدول العربية سياسات تشجيع النسل.

٣- ما زالت هناك مشكلات متعددة تسهم في زيادة عدد المعوقين ومنها التخلّف الصحي وعدم نمو الوعي الاجتماعي وانتشار زواج الأقارب وحوادث المرور وغيرها من العوامل المسببة للإعاقة^(٢٠).

ولقد تزايد الاهتمام فى المجتمع المصرى برعاية المعوقين على مر العصور وتبلور ذلك فى ظل الديانة الإسلامية واهتمت الحكومات المصرية المتعاقبة بعد الثورة بأساليب ووسائل رعاية المعوقين، فتم انشاء الجمعية العامة لمكافحة الدرن، والجمعية العامة لتحسين الصحة، والجمعية المصرية لرعاية العميان، وكثير من المؤسسات التى تقدم أوجه الرعاية الى هذه الفئات.

ويصدر قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٠ واحتوائه على باباً لتأهيل المعوقين واسرههم وتوفير سبل الرعاية والحماية لهم، وكذلك القانون رقم ٩١ عام ١٩٥٩، والقانون رقم ٣٢ لعام ١٩٦٤، والقانون ١٣٣ لعام ١٩٦٤، وقانون التأهيل رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ والقانون رقم ٤٩ لعام ٢٩٨٢ بشأن تعديل بعض أحكام القانون السابق، وكذلك القرارات الوزارية الصادرة بهذا الشأن دليل حيوى على الاهتمام برعاية المعوقين^(٢١).

ولقد حرص المشرع المصرى أن تتضمن قوانين العمل نصوصاً تحمى حقوق المعوقين وتكفل لهم حق العمل، وكذلك صدور اعلان رئيس الجمهورية باعتبار السنوات العشر ١٩٨٩ - ١٩٩٩ عقداً لحماية الطفل المصرى، والتى نصت فى أحد بنودها على ضرورة توفير القدر المناسب من الرعاية الصحية والنفسية والاجتماعية للأطفال المعوقين.

وفى عام ١٩٩٠ أتعقد مؤتمر القمة العالمى من أجل الطفل واصدار الإعلان العالمى لبقاء الطفل وحمايته ونموه وفى نفس العام تم توقيع مصر على الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل، وأخيراً تم صدور القانون رقم ١٢ لعام ١٩٩٦ والخاص بالطفل وفيه أفرد باباً خاصاً لرعاية الطفل المعوق وتأهيله.

وتترواح تقديرات حجم مشكلة الاعاقة فى مصر بين ١٠٪ حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية ٨٪ وفقاً لتقديرات المجلس القومى للطفولة والأموية^(٢٢). وسندقم إحصائية بجمعيات رعاية المعوقين فى المجتمع المصرى.

إحصائيات
جمعيات رعاية وتأهيل المعوقين بالجمهورية (يناير ١٩٩٦)
حسب فئة الاعاقة التي تخدمها

المحافظة	التخلفين مقايها	المكفوفين	الإعاقات البديهية	السمع والتخاطب	ثلاثي الدون ولسرههم	مصابي الشلل ولسرههم	مرضى السرطان ولسرههم	مرضى القلب	إعاقات مختلفة	إجمالي
الجمعيات المركزية	٣	٢	٢	١	٢	-	-	١	٢	١٤
القاهرة	١٦	١	١٥	٢	٢	٢	١	١	١١	٥٧
الاسكندرية	٢	٢	٢	٢	٤	٢	٢	٢	٧	٢٢
بورسعيد	١	٢	-	١	١	-	-	-	١	٦
الاسماعيلية	١	-	-	١	١	-	-	-	١	٤
السويس	-	-	-	١	٢	-	-	-	١	٤
دمياط	-	-	-	١	٢	١	-	-	١	٥
الدقهلية	-	٢	١	١	٥	-	١	-	٤	١١
الشرقية	-	١	١	١	١	-	١	١	١	٦
القليوبية	-	-	٢	١	١	-	-	-	٢	٦
كفر الشيخ	-	-	-	-	٢	١	١	-	٢	٦
الغربية	-	١	-	-	٢	١	١	-	٢	٧
المنوفية	-	-	٢	-	٢	-	-	-	٢	٨
البحيرة	١	-	٢	١	١	١	-	-	٢	٩
الفيضة	-	٢	١	-	٢	١	-	١	٨	١٥
الفيوم	-	-	٢	٢	٢	١	-	-	٢	٨
بنى سويف	٢	١	٢	٢	٢	-	-	-	١	٨
المنيا	-	-	-	-	٢	١	-	-	٢	٥
أسيوط	١	١	١	-	١	-	١	-	٢	٧
سوهاج	-	-	١	-	١	-	-	-	٢	٤
قنا	-	-	-	-	٢	-	-	-	٢	٦
أقواس	-	-	-	-	٢	-	-	-	١	٢
البحر الأحمر	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١
الوادى الجديد	-	-	-	-	-	-	-	-	٢	٢
مطروح	-	-	-	-	١	-	-	-	١	٢
سيناء الشمالية	-	-	-	-	١	-	-	-	٢	٢
سيناء الجنوبية	-	-	-	-	-	-	-	-	١	١
الإجمالي	٢٨	٢١	٢٦	١٢	٤٧	١١	٧	٦	٦٥	٢٢٤

مراجع الفصل الأول

- ١- عبد الحسن صالح، من أسرار الحياة والكون، كتاب العربى (١٥) ١٩٨٧، ص ٤٣
- ٢- مصطفى أحمد النصاروى، الإعلانات والمواثيق العربية والأهمية الخاصة بحقوق المجلة العربية للتربية، السنة الثانية العدد (١)، ١٩٨٢، ص ١٧٥ - ١٧٦.
- ٣- محمد مرسى أحمد، تطور الفكر التربوى، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٧٠، ص ٩.
- ٤- لطفى بركات، الفكر التربوى فى رعاية الطفل الأصم، الشركة المتحدة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٧٨، ص ١٣٣.
- ٥- عبد المجيد الرحمن لطفى بركات، سيكولوجية الطفل المعوق وتربيته، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٦٦، ص ٨.
- ٦- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الاجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، رؤية متطورة للواقع العربى، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٢٦٠ - ٢٦٢.
- ٧- لطفى بركات، الفكر التربوى فى رعاية الطفل الأصم، الشركة المتحدة للنشر والتوزيع، ١٩٧٨، ص ١٣٣.
- ٨- عبد المجيد عبد الرحمن، لطفى بركات، سيكولوجية الطفل المعوق وتربيته، المرجع السابق، ص ٨ وأنظر أيضا فى هذا الشأن.
- حسن الفقى، التاريخ الثقافى للتعليم فى مصر، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٤، ص ١٣.
- ٩- أحمد عيسى، تاريخ البيمارستانات فى الإسلام. دار الرائد العربى، ١٩٨١، ص ١٩، ١٠.
- ١٠- أحمد شوكت الشطلى، المدارس والمشافى الطبية فى الإسلام، مجلة العلم والإيمان، العدد (٢٦)، ١٩٧٨، ص ١٥ - ١٦.

- ١١- عمر رضا كحالة ، جولة في ربوع التربية والتعليم، مؤسسة الرسالة، بيروت . ١٩٨٠، ص ١٣.
- ١٢- عبد المحسن صالح، من أسرار الحياة، للرجع السابق ص ٤٣.
- ١٣- محمد مصطفى، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٧، ص ص ٤٨ - ٤٩.
- ١٤- عبد المجيد عبد الرحمن، لطفى بركات، سيكولوجية الطفل المعوق، المرجع السابق، ص ٧٦.
- ١٥- لطفى بركات، الفكر التربوي في رعاية الطفل الأصم، المرجع السابق، ص ٤٣.
- ١٦- محمد مصطفى، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين، المرجع السابق ص ص ٥٢ - ٥٣.
- ١٧- عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار لمعرفة الجامعية الإسكندرية، ١٩٩٦، ص ص ٨٩ - ٩٠.
- ١٨- حسين جلال عثمان، المعوقين عقلياً تحت مظلة الإنفاقية الدولية لحقوق الطفل، إتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، العدد (٤٩)، مارس ١٩٩٧، ص ٥١.
- ١٩- عبد الله محمد عبد الرحمن، للرجع السابق ص ٩١.
- ٢٠- _____، المرجع السابق ص ص ٩٥ - ٩٦.
- ٢١- وصول لقوانين والقرارات الوزارية الخاصة بالمعوقين أنظر.
- محبوب علي عبد ، مرشد جمعيات وتأمين المعوقين في مجال التشريعات، رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ، ج.ع.م، مارس ١٩٩٤.
- ٢٢- حسين جلال عثمان، المعوقين عقلياً تحت مظلة الإنفاقية الدولية لحقوق الطفل، المرجع السابق ص ٥.
- ٢٣- إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، الحياة لطبيعية حق للمعوق، العدد (٤٧) سبتمبر ١٩٩٦، ص ٣٩.

الفصل الثانى

دراسة حول المفاهيم النظرية

ويحتوى هذا الفصل على المفاهيم:

- مفهوم الخدمة الاجتماعية.
- مفهوم الرعاية الاجتماعية.
- مفهوم الرعاية الاجتماعية للمعوقين.
- مفهوم الشخصية.
- مفهوم التكيف.
- مفهوم الحاجات.
- مفهوم المشكلة الفردية.
- مفهوم المعوق.
- مفهوم الإعاقة.
- مفهوم التأهيل.
- مفهوم الدور.

المراجع

المفاهيم الأساسية في مجال المعوقين:

يعتبر تحديد المفاهيم أمراً ضرورياً في الدراسات العلمية، ولذلك كان لزاماً على الباحثين صياغة المفاهيم المستخدمة في دراساتهم بدقة ووضوح حتى يتسنى للقراء والمهتمين بهذه الدراسة الإدراك الواعي للأفكار والمعاني التي يريد الباحث التعبير عنها.

وفي هذا المجال يعتبر تحديد المفاهيم المرتبطة بالإعاقة والمعوقين يساعد على تصنيف هذه الفئات المعاقة بصورة تؤدي إلى الفهم الدقيق والتحليل المتعمق للأسباب والنتائج المرتبطة بهذا المفهوم.

وستقوم بتقديم عرض مختصر للمفاهيم المتداولة في هذا الكتاب بغية وضح هذه المفاهيم لدى الدارسين والمهتمين بهذا المجال الهام:

المفهوم الخدمة الاجتماعية:

واللخدمة الاجتماعية تعنى عام وآخر خاص، فالمعنى العام يتأني من المدلول اللفظي لهذا المصطلح، فكلمة «خدمة» تعني مجهودات هادفة يقصد بها تحقيق فائدة أو منفعة معينة أو إيقاف أو منع ضرر واقع أو محتمل الوقوع، أما لفظ «اجتماعية» فهو صفة مشتقة من المجتمع أو الإرباط بالعلاقات المتبادلة ويمكن من دلالة هذا التركيب اللفظي أن نقول أن الخدمة الاجتماعية بمعناها العام / مجهودات موجهة مقصود بها منع الأضرار الاجتماعية أو إحداث ألوان مختلفة من المنفعة المرغوبة. -

أما إذا إنتقلنا إلى المعنى الخاص لمهنته الاجتماعية فإننا نجد قريبا الصلة بالمعنى العام، فالحقيقة أن الخدمة الاجتماعية مهنة هدفها الرئيسي تنمية المجتمعات، وذلك عن طريق البحث عن القوى والعوامل التي تحول دون التقدم والتنمية مثل الحرمان والبطالة والمرض والظروف المعيشية السيئة... الخ التي تخرج من نطاق قدرة الأسرة وأفرادها على المواجهة الفعالة لها، كما تبحث عن أسباب العلل في المجتمع لكي تتصدى لها، وتتفق أنسب الوسائل الفعالة للقضاء أو التقليل من آثارها وأضرارها.

وتعرف الخدمة الاجتماعية بأنها «جهود فنية تستهدف مساعدة الناس

أفراداً كانوا أو جماعات على تحقيق أفضل أداء ممكن لوظائفهم الاجتماعية^(١).

كما تعرف الخدمة الاجتماعية على أنها مهنة إنسانية تعمل على تهيئة أسباب التغير تحقيقاً للرفاهية الاجتماعية بأسلوب مهني يحفظ طاقات الأفراد والجماعات والمجتمعات المحلية بتدعيم قدراتها وإمكانياتها وعلاج مشاكلها على أساس من المساعدة الذاتية وفي الإطار الإيديولوجي للمجتمع^(٢).

ويمكن تحديد خصائص مهنة الخدمة الاجتماعية على النحو التالي:

١- أنها جهود وخدمات تبذل نحو فرد أو جماعة أو لمساعدتهم على تحقيق أفضل أداء ممكن للدور الاجتماعي Social Role الذي تتطلبه أوضاعهم الاجتماعية في المجتمع.

٢- تحقيق الفرد أو الجماعة لأدوارهم الاجتماعية يؤدي بالضرورة إلى تكيف وتوافق أفضل بين الفرد وبيئته الاجتماعية.

٣- لا تستهدف الخدمة الاجتماعية القضاء الشامل أو الجذري على المشكلات الخاصة بالفرد والبيئة ولكن جهودها مرتبطة بإمكانيات كل منهما لتحقيق أفضل موازنة ممكنة في حدود هذه الإمكانيات.

٤- عجز الفرد عن أداء دوره الاجتماعي وعجز الجماعة عن قيامها بوظائفها الاجتماعية ينبع أساساً من وجود ألوان من القصور سواء في الفرد، أو الجماعة أو البيئة ذاتها.

٥- تملك الخدمة الاجتماعية من الوسائل مايمكنها من التأثير في كل من الفرد والجماعة والبيئة الاجتماعية لتحقيق أفضل موازنة ممكنة بينها.

٦- هذه الوسائل تقوم أساساً على أسلوب فنّي Tcheicque، يعتمد تبعاً لذلك على كل من العلم والمهارة بممارستها بالضرورة أخصائي اجتماعي في نطاق مؤسسة اجتماعية معينة.

٧- طبيعة هذه الوسائل، ونوعية هذا التكيف، لا بد وأن يتفق مع القيم الاجتماعية السائدة في المجتمع وأيدلوجيته الخاصة، ومن ثم فهي ليست

جامدة مطلقة وإنما تحددها وترسم إطارها طبيعة المجتمع وتركيبه الاجتماعي وفلسفته الخاصة، فإذا كانت طبيعة المجتمع تعتبر العمل في ذاته قيمة اجتماعية كانت وسائل وأهداف الخدمة الاجتماعية مرتبطة بهذه القيمة بل وعاملة على تدعيمها.

٨- تؤمن الخدمة الاجتماعية بالإنسان ككائن فريد من نوعه، له قدرته وكرامته، وله حقه في ممارسته لحرية الاجتماعية، فلا يتنازل عن أى منها مقابل مساعدة يتلقاها، ومن ثم كانت أساليبها ومناهجها أساليب إنسانية تراعى كرامة الإنسان وأدميته.

٩- لا تؤمن من الخدمة الاجتماعية بالوقوف موقفاً سلبياً أمام المشكلات القائمة في المجتمع، ولكن عليها مواجهتها بأسلوب إنساني بما يحقق التوازن بين حياة الفرد وصالح المجتمع، فطابعها الإصلاحى والإنسانى يحتم عليها التدخل والإيجابية Intervention.

١٠- رغم الطابع العلاجي السائد للخدمة الاجتماعية، إلا أنها ذات أهداف وقائية وتنموية وإنشائية.

١١- للخدمة الاجتماعية طرق ثلاث رئيسية مرتبطة بالمواقع الاجتماعية للإنسان، والمجالات التى تتعثر فيها وظائفه الاجتماعية، فهو إما فرد (أو أسرة) وأما عضو فى جماعة، وأما عضو فى المجتمع المهى أو المجتمع العام، ومن ثم فمشكلاته وحاجاته بل وأسلوب مساعدته مرتبطة بالضرورة بهذه المواقع^(٣)

(٢) مفهوم الرعاية الاجتماعية:

قدمت الجمعية القومية الأمريكية للأخصائيين الاجتماعيين تعريفاً للرعاية الاجتماعية، على أنها «مجموعة منظمة من الأنشطة والبرامج التى تمارسها مؤسسات حكومية وأهلية بهدف التعرف على المشكلات الاجتماعية والحد من أثارها والعمل على تحسين الأداء الاجتماعى للفرد والجماعة والمجتمع»^(٤).

وقدم كل من هارولد ويلنسكى وتشارلز ليو تعريفاً للرعاية الاجتماعية

خصوصاً في الولايات المتحدة يضم إجتاهين رئيسيين هما الإجتاه العلاجي Residual والإجتاه المؤسسي Institutional، فالإجتاه العلاجي يبدأ عندما تعجز الإنساق الطبيعية عن القيام بأدوارها ووظائفها في إنشباع حاجات الأفراد، والمقصود هنا بالإنساق الطبيعية النظام الأسرى والإقتصادى... الخ، أما الإجتاه الثانى (المؤسسى) فهو عكس الإجتاه الأول لا يقدم فى حالة الكوارث أو المعجز، إنما ينظر للرعاية الإجتماعية باعتبارها وظائف أساسية وطبيعية للمجتمع الصناعى الحديث^(٥).

وتستند برامج وأنشطة الرعاية الإجتماعية على جهود المتخصصين المهنيين كالأخصائيين الإجتماعية والمحللين النفسيين والمعالجين والأطباء والمحامين والمدرسين .. الخ وبناء على ما تقدم يمكن تحديد خصائص مفهوم الرعاية الإجتماعية.

١- الرعاية الإجتماعية نظام إجتماعى عام، نشأت مع بداية التجمع البشرى وتعد أحد ضروريات الحياة الإجتماعية.

٢- تختلف أنشطة الرعاية الإجتماعية والخدمات التى يوفرها كل مجتمع لأفراده من مجتمع لآخر/وفقاً/لما يسوده من أوضاع إجتماعية وقيم أخلاقية، أو مذاهب أيديولوجية ودرجة أو مستوى التطور الحضارى لكل مجتمع وفى إطار ذلك توجد ثلاثة أنماط من الرعاية الإجتماعية هى النموذج التقليدى القديم، النموذج المؤسسى أو النظامى، النموذج البنائى^(٦).

٣- الرعاية الإجتماعية كأحد الأنظمة الموجودة بالمجتمع تتضمن مع الأنظمة الأخرى به للعمل على مساعدة أفراد المجتمع على أداء وظائفهم وتوفير حياة كريمة لهم^(٧).

٤- تتجه الرعاية الإجتماعية من الاقتصاد على توفير الحد الأدنى من الموارد والخدمات للفعات المحتاجة، إلى تحقيق أقصى حد ممكن من الرعاية للمواطنين فى المجتمع، وبالنسبة للعلاقات الوثيقة بين البيئة الإجتماعية والنمو الإنسانى تهتم الرعاية الإجتماعية بصفة خاصة بإحتياجات

الطفولة وتهيه أفضل الظروف اللازمة للتنشئة الاجتماعية السوية للطفل^(٨).

- ٥- لا تهدف الرعاية الاجتماعية في العصر الراهن إلى تحقيق الربح.
- ٦- تتميز الرعاية الاجتماعية باهتمامها المباشر بالحاجات الإنسانية^(٩).
- ٧- يمارس أنشطة الرعاية الاجتماعية متخصصون في شتى التخصصات وفي كافة مجالات الحياة.
- ٨- يعتبر مفهوم الرعاية الاجتماعية أشمل وأعم من مفهوم الخدمة الاجتماعية^(١٠).

الرعاية الاجتماعية للمعوقين:

يشير هذا المفهوم إلى «الجهود الحكومية والأهلية والدولية المنظمة والهادفة لاستثمار طاقات الفرد المعوق إلى أقصى ما، سواء كانت طاقاته القادرة أو طاقاته المقصورة ليتم له أنسب توافق ممكن بينه وبين بيئته الاجتماعية بما يحفظ له كرامته وحقه كإنسان في الحياة»^(١١).

(٣) مفهوم الشخصية:

وتعرف الشخصية بأنها الطريقة التي يرتبط بها الفرد من خلال أفكاره وإجتهاداته وأفعاله بالعناصر الإنسانية وغير الإنسانية في البيئة وعلى ذلك فالشخصية هي ذلك النمط المميز للسلوك الذي يتميز بالاستقرار النسبي في المواقف المختلفة^(١٢).

ويعرف البورت الشخصية بأنها. هي التنظيم الدينامي في الفرد لجميع الأجهزة النفسية الجسمية التي تحدد توافقه الفريد مع بيئته^(١٣).

وتعرف الشخصية على أنها هي التكامل النفسي الاجتماعي للسلوك عند الإنسان وتعتبر عادات الفعل والشعور والإجتهادات والآراء عن هذا التكامل.

والشخصية أيضا هي المجموع الإجمالي لكل الأمزجة والدوافع والميول والشهوات والغرائز الفطرية والبيولوجية، وكذلك الميول والإجتهادات المكتسبة

عن طريق التجربة ويعرفها الانثروبولوجيين على انها هي الجمع المنظم
للمعاملات والحالات النفسية الخاصة بالفرد^(١٤)

مكونات الشخصية:

المكونات هي العناصر المتفاعلة التي تتكون منها الشخصية، وينبغي على
الأخصائي الإجتماعي أن يبين كيف تكونت هذه السمات في ضوء دراسته
لشخصية العميل ويثبته الأسرية والمدرسية والعملية والمجتمعية وفيما يلي
نوضح أهم مكونات الشخصية.

(١) المكونات الجسمية:

لاشك أن التكوين الجسماني يحدد مدى نشاط الفرد وقدرته على
تحمل المجهود، ويحدد نظرة الفرد لنفسه ونظرة الآخرين له، والفرد الذي يولد
مريض أو مشوه يتطور شخصيته في اتجاهات معينة تخالف الاتجاهات التي
تتطور فيها شخصية الفرد السوي، وأهم هذه المكونات الجسمية مايلي.

-المظهر الجسمي العام من ناحية الطول والعرض والحجم وتناسق أجزاء
الجسم.

- سرعة النمو الجسمي أو تأخره.

- الصحة العامة والمرض.

- سلامة الحواس أو المعاهات.

- سلامة الجهاز العصبي والقدد وعمليات الهضم والبناء.

- الحيوية والنشاط أو الخمول والكسل

(٢) المكونات العقلية:

تتضح المكونات العقلية في بناء الشخصية في النواحي الآتية:

- الذكاء.

- الإستعدادات العقلية الخاصة (المواهب)

- المستوى الثقافي العام

- المستوى الثقافي الخاص

المقصود بالإنفعال بصفة عامة هو حالة التوتر في الكائن الحي المصحوب بتغيرات فيسيولوجية داخلية وتغيرات حركية أو لفظية خارجية وتزداد شدة التوتر أو الإنفعال كلما تعرض الفرد لمنبهات مفاجئة لم يستعد لها بنمط معين من الإستجابة، وكذلك المواقف التي يزداد فيها الخطر على ذاته الجسمية والنفسية، أو عند تحقيق الأهداف الجوهرية، أو عند إثارة الدوافع، كدفاع الهرب المصحوب بالخوف، أو دافع المقاتلة المصحوب بالغضب، أو عند إثبات الدوافع كما يحدث عند الجوع.

والإنفعالات المثارة إما سارة أو مؤلمة كالفرح والحزن، أو بسيطة ومركبة كالغضب أو الغيرة، والغيرة إنفعال مركب يتضمن حب تملك المحبوب، والغضب من المشاركة في موضوع الحب، والخوف من فقد موضوع الحب، وكذلك القلق، إنفعال مركب من الخوف والضيق وتوقع الشر والفشل. أما الخوف بمفرده فهو إنفعال بسيط.

ويتضح مما تقدم أن مجمل المكونات الإنفعالية للشخصية تتضمن مايلي:

أ- العواطف والهوى والإنحياز.

ب- العقد النفسية.

ج- الاتجاهات العقلية.

د- الميول.

هـ- المزاج والسمات الإنفعالية العامة والطاقفية والنوعية.

(٤) المكونات الخلقية الإجتماعية:

الخلق هو جانب الشخصية المتصل بالمظهر الإجتماعي، والتكيف في المواقف المتعلقة بالقيم الدينية والمثل العليا والعرف والقانون والمعايير الأخلاقية السائدة في البيئة التي يعيش فيها الفرد. وبعبارة أخرى نقول أن الخلق: هو نظام من الإستعدادات التي تمكنا من التصرف بصورة ثابتة نسبياً حيال المواقف الأخلاقية والدينية والإجتماعية برغم العقاب وضروب الإغراء.

ويحدد بعض العلماء والمتخصصين الصفات الخلقية الإجتماعية فيما يلي:

- التهنيد والتكامل الخلقى وما يتبع ذلك من صفات الأمانة والصدق والإيثار والرحمة والضمير وغير ذلك من قواعد الدين والأخلاق.
- النضج الإنفعالي وما يتبع ذلك من قدرة الشخص على التحكم فى إنفعالاته أو إرجاء رغباته بما يقتضى الواقع الإجتماعى.
- الصراحة والتفاؤل والإتزان وما يتبع ذلك من الروح الرياضية والتحرر من التعصب والإنحياز.
- التواضع ضد الغرور والتعالى والميلو للمظهرية.
- الشجاعة والإقدام ضد الجبن والإحجام.
- الروح الإجتماعية والتعاون مع الغير ضد الإنطواء.
- إنسجام الأغراض فى ضوء فلسفة خاصة لدى الشخص ضد البوهيمية وعدم النظام والفوضى وتفكك السلوك.
- إحتمال المشاق والصبر على مواجهة الصعوبات والتركيز والإقبال على العمل مدة طويلة والنشاط والحيوية والإرادة والتحمس والمثابرة ضد التواكل وتسييط الهمة والتكاسل.
- توجيه الحياة إلى ما هو أجدى ضد الإنسياق وراء الشهوات الحسية.
- بعد النظر وتقدير العواقب واللذات الآجلة ضد الإندفاع الفورى وراء اللذات العجلة.
- وفى محاولة للتركيز على تحديد العامل الخلقى العام يتضح أنه يعبر عن:

- المثابرة والكفاح للتغلب على الصعوبات والوصول للهدف.
- الإرادة القوية التى تتمثل فى ضبط النفس والإتزان الإنفعالى.
- الصفات الخلقية المبنية على القيم والمبادئ الإجتماعية.

- التعامل الإجماعي^(١٥).

أما عن العوامل المؤثرة في تكوين الشخصية فهي تتكون من العوامل الحيوية المرتبطة بوظائف الأعضاء، والوراثة ومالها من دور هام في الخصائص الجسمية، العوامل البيئية، النضج والثقافة العامة والفرعية، البيئة الإجماعية كالأسرة والدراسة والعمل... إلخ.

وبناء على ما تقدم يتضح لنا أن هناك شخصية سوية يتطابق سلوكها مع سلوك الشخص العادي في تفكيره ومشاعره، وتكون سعيدة ومتوافقة شخصياً وإنفعالياً وإجتماعياً، وشخصية غير سوية لا تستطيع تكيف نفسها مع العالم الخارجى المحيط بها بطريقة تكفل لها الشعور بالسعادة وغير قادرة على مواجهة حقائق الحياة^(١٦).

(٤) مفهوم التكيف:

يعتبر مفهوم التكيف من المفاهيم الهامة التى شاع إستخدامها، إلا أنه لم يستقر بعد على تعريف محدد له، فقد إستخدم بمعان متعددة كالتوافق فى المجال البيولوجى، أو التوافق فى مجال الصحة النفسية والعقلية، ويمكن القول أن هذا التعدد فى هذا المفهوم يرجع إلى تباين فكر ورؤية البعض له مع زيادة وكثرة إستخدامه فى العديد من ميادين الفكر الإنسانى.

سوقد إتسع إستخدام هذا المفهوم فى بداية الأمر فى علم البيولوجى وإستعار علماء النفس ذلك المفهوم البيولوجى «التكيف» وأعادوا تسميته بالتوافق^(١٧).

ويرى حامد زهران أن التكيف الإجماعى هو:

«السعادة مع الآخرين والإلتزام بأخلاقيات المجتمع ومسايرة المعايير الإجماعية والإمتثال لقواعد الضبط الإجماعى، وقبول التغير الإجماعى والتفاعل الإجماعى السليم، والعمل لخير الجماعة، والسعادة الزوجية، مما يؤدى إلى تحقيق الصحة الإجماعية»^(١٨).

ويعرف مصطفى فهمي التكيف الإجتماعى بأنه:

«عملية ديناميكية مستمرة يهدف بها الشخص إلى أن يغير سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه وبين البيئة، وبناء على ذلك الفهم يستطيع أن نعرف هذه الظاهرة بأنها القدرة على تكوين العلاقات المرضية Satisfactory بين المرأ وبيئته» (١٩).

ويشير يوسف مراد إلى التكيف فيعرفه بأنه:

«تغير سلوك الفرد كى يتسجم مع غيره من الأفراد، خاصة يتبايع التقاليد والخضوع للالتزامات، أما عندما يواجه الفرد مشكلة خلقية، أو يعانى صراعاً نفسياً تقتضى معالجتها أن يغير الفرد من عاداته واتجاهاته ليوافق الجماعة التى يعيش فى كنفها، فى هذه الحالة يستخدم تعبير التوافق الإجتماعى» (٢٠).

ويعرف أحمد عزت راجح التكيف بأنه:

«محاولة الفرد إحداث نوع من التوائم والتوازن بينه وبين بيئته المادية أو الإجتماعية ويكون ذلك عن طريق الإمتثال للبيئة أو التحكم فيها أو إيجاد حل وسط بينه وبينها» (٢١).

ويصيح يحيى الرخاوى تعريفاً للتكيف يوضح فيه أنه.

«العملية التى يزداد بها الإنسان تلاؤماً مع البيئة» (٢٢).

ويرى محمود الزهوى فى تعريفه للتكيف:

«أنه مرونة الشخصية فى تغيير السلوك بما يتلاءم مع تغير الظروف البيئية» (٢٣).

وبما سبق يتضح لنا أن مفهوم التكيف العام للشخص من ناحية طريقته فى حل مشاكله وعلاقته مع الناس، وفى التعويض عما يشعر به من نقص يتوقف على الحكم الذى يصدره الفرد على نفسه أو الصورة التى يكونها المرء بنفسه على نفسه من حيث ما يتسم به من صفات جسمية وعقلية ووجدانية وإجتماعية وخلقية ويرضى عنها أو يكرهها ولايستسيغها، وما يراه فى نفسه

من نواحي القوة أو الضعف وما يجب عليه عمله أو الإمتناع عنه مما يدخل في أسلوب التكيف العلم مفتاح فهمنا لبناء شخصية أى فرد، فكان الشخصية هى دالة أو وظيفة فكرة المرء عن نفسه وأساس إعادة توازن الشخصية مرهون باكتشاف النفس ونقلها الذى يؤدى إلى الثقة بالنفس والاعتماد على النفس، وبذلك يتحقق نضج الفرد واستقلاله^(٢٤).

ويرى «عطية هنا» أن مفهوم التكيف فى إستبعاد أو خفض حالات التوتر، ويوضح أن التكيف عملية تشير إلى الأحداث النفسية التى تعمل على إستبعاد حالات التوتر، وإعادة الفرد إلى مستوى معين، هو المستوى المناسب لحياته فى البيئة التى يعيش فيها الفرد، فالفرد يسلك مدفوعاً بدافع معين نحو الهدف الذى يشبع هذا الدافع وعندما تعترضه عقبة، فإنه يقوم بأفعال واستجابات مختلفة، حتى يجد أنه باستجابة معينة تغلب على هذه العقبة، ووصل إلى هدفه وأشبع حاجاته ودوافعه^(٢٥).

كما يرى علم النفس أن التكيف يحدث عن طريق الامتثال للبيئة والتحكم فيها فهو يشير إلى أن التكيف هو تغير فى سلوك الفرد، يناسب ما يحدث فى البيئة من تغيرات، ويكون عن طريق الامتثال للبيئة والتحكم فيها، أو أى حل وسط بينه وبينها، ومن صور التكيف أن يغير الفرد سلوكه بما يناسب الظروف والمواقف الجديدة، أو أن يغير الفرد بيئته ذاتها والتكيف عملية مستمرة^(٢٦).

أما فى مجال الصحة النفسية فيشيروا إلى أهمية التفاعل بين الشخص والبيئة، وتتضمن مفهوم التكيف لديها تفاعلاً مستمراً بين الشخص وبيئته، فالشخص له حاجات والبيئة لها مطالب وكل منهما يفرض مطالبة على الآخر^(٢٧).

معايير التكيف الإجتماعى:

يطلق على الإنسان أنه سوى أو غير سوى، ويكون ذلك من خلال ما إتفق عليه من أن ما يسلكه أو ما يقوم به من نشاط يكون مقبولا أو غير مقبول إجتماعياً، والإنسان غير للتكيف هو المخالف للقانون والهروب والعنيد وغير

المطيع، بحيث يكون سلوكه بدرجة تفسد أخلاقه الشخصية وأخلاق الآخرين وطالما أن السواء واللاسوء يدخل في نطاق التكيف وسوء التكيف لذلك فإننا نشير هنا إلى المعايير التي يمكن أن يتحدد من خلالها التكيف والتي حددها أحمد عزت راجح فيما يلي:

١ - المعيار الإحصائي:

يرى أن الشخص السوى هو من لا ينحرف كثيراً عن المتوسط، وبعبارة أخرى السوى هو المتوسط، وهو الذي يمثل الشطر الأكبر من مجموعة الناس وفق المنحنى الإعتدالي ومن سمات هذا المعيار أنه يراعى ما بين ضروب الانحراف من تدرج فيميز بين الحالات الخفيفة والمتوسطة والعنيفة من سوء التكيف، ولكن يجب الإشارة هنا إلى أنه وفقاً لهذا المعيار نجد أن من هم على مستوى عال من الذكاء والجمال والصحة فإنهم يعتبرونهم أيضاً من الشواذ، إلا أن علماء النفس قصروا الشذوذ على الانحراف في الناحية السلبية (٢٨).

٢ - المعيار المثالي:

يرى أن السوى هو الكامل المثالي أو ما يقرب منه وهذا ما يقصده المثلون النفسيون حين يقولون أنه ليست هناك شخصية سوية غير أن هذا المعيار قد لا يكون له وجود على الإطلاق من الناحية الإحصائية في نواحي الذكاء أو الجمال أو الصحة، وهذا يشير إلى أنه لا يوجد إنسان كامل التكيف.

٣ - المعيار الثقافي (العضائى):

وهذا المعيار يرى أن السوى هو التكيف مع المجتمع أى من استطاع أن يتمشى مع قيم المجتمع وقوانينه ومعاييره وأهدافه ولهذا المعيار أكثر من عيب فهو يرى السواء في الإمتثال التام لقوانين المجتمع وقيمه حتى أن كانت فاسدة تتطلب من الفرد العمل على إصلاحها وتغييرها بدلاً من التكيف لها ومن عيوبها أيضاً أنه يختلف من ثقافة إلى أخرى.

٤ - المعيار الباثولوجى:

ويرى أن الشخصيات الشاذة تتسم بأعراض أكليتيكية معينة كالخافوف

الشاذة والوساوس والأفكار المتسلطة وارتفاع مستوى القلق عند العصائين، كالهلاوس والإعتقادات الباطلة واضطراب التفكير واللغة والإنفعال عند الذهانيين وكذلك النزعات الإجرامية والانحرافات الجنسية فى الشخصية السيكوباتية^(٢٩).

ويؤخذ على هذا المعيار عدم تحديد الدرجة التى يجب أن يصل إليها إنحراف السلوك أو اضطراب الإنفعال مثلاً حتى يمكن إعتباره شذوذاً ومع أن السواء والشذوذ يتداخل بعضهما فى البعض بحيث لا يمكن أحياناً تحديد الحد الفاصل بينهما تحديداً حاسماً غير أن هناك طرزاً من الشخصيات الشاذة لا يرقى الشك إلى شذوذها.

وبذلك يتفق محمود الزهبي مع أحمد عزت راجع فى المعايير المثالية والبيولوجية والإحصائية ويختلف معه فى المعيارين القانونى والتكاملى وفيما يلى نورد تفسيراً لكل من المعيارين:

١ - المعيار القانونى:

ويرى أن الشخصية السوية هى التى يسلك صاحبها على نحو يقره القانون والعكس مع من يتصادم سلوكه مع القانون، والعيب فى هذا الرأى رغم موضوعيته أيضاً هو عدم الشمول لكل الأفراد أو كل الظروف أو كل المجتمعات لذا فهو رأى نسبى يتوقف على الظروف والمواقف، كما أن تجريم السلوك أمر يتوقف على ثقافة المجتمع وما يقال فى هذا الرأى ينطبق على الرأى الإجتماعى والثقافى الذى يتخذ من التكيف مع النظام الإجتماعى أو الثقافى القائم معياراً للسواء ومن التصادم مع النظام معياراً للإعتلال فى الشخصية.

٢ - المعيار التكاملى «الطيفسى»:

ويرى هذا الرأى أن سوء التكيف وإعتلال الشخصية لا يرجع لعامل واحد ذاتى أو يئى، ولكن لعدة عوامل متفاعلة ذاتية جسمية نفسية عقلية، وبيئية مادية واقتصادية وإجتماعية مع إختلاف الأهمية النسبية لكل عامل فى كل حالة على حده، وأن كل عامل يؤثر فى الآخر، فالعامل الذاتى يؤثر

فى البئشة والعكر صءء العاءل العسءى ءؤءر فى النفس والعكر صءء (٣٠).

(٥) مفهوم التوافق:

وعنى مفهوم التوافق لغوئاً أنه صلة من التآلف والتقارب وءءماع الكلمة فهو نقىض التءالف والتآفر أو التصادم (٣١).

وءءءر مفهوم التوافق أكءر شوءاً فى علم النفس فلقء إستءءم لوعنى ءالة من الإنسءام بءن الفرد وبعئءه، وبءن الفرد ونفسه وءءءو فى قءرءه على لإرضاء أغلب ءآآءه، وءصرفه ءصرفاً مرضياً لإزاء مطالب البئشة الماءبة والإءءماعية وءصمن التوافق قءرة الفرد على ءغءئر سلوكه وعاءآءه عءءما ءوءءه موقوفاً ءءءداً أو مشكلة ماءبة أو إءءماعية ٱناسب ءءه الظروف المءءءة (٣٢).

وعلى ذلك بمكن القول أن التوافق عملة ءءماعية مستمرة ءءاؤل كل من الفرد والبئشة الطبعية والإءءماعية بالءغئر والعءءل ءءى ءءء توافق بءن الفرد وبعئءه (٣٣).

ومن ءآءنا بمكننا ءءفرقة بءن مصءلء ءكفف ومصءلء التوافق فى أن مفهوم ءكفف ءشئر إلى أن الإنسان ٱلءاً إلى ءغئر نفسه، وسلوكه وعاءآءه وقءمه، وإءءآءآءه لكى ٱءلاءم وءآقلم مع ءغئرآء المءءءة ءآءة فى البئشة بءنما التوافق ءشئر إلى إءءآء ءغئر فى كل من الإنسان نفسه وأبءا فى بعئءه الإءءماعية والطبعية أى أن ءغئر ٱءاؤل الءآءبءن الإنسان وموقفه البعئى من أءل الوصول إلى ءالة ءءلاءم. ولذلك نءء أن مفهوم التوافق أكءر إٱءآبة وهو الأعم عن مفهوم ءكفف.

وعامسب نءلص إلى أن الءصآءص الرئبسة لمصءلء التوافق هى:

- ١- التوافق عملة ءءماعية مستمرة ءنشأ من عملة ءغئر المستمر لكل من الإنسان وموقفه البعئى.
- ٢- أنها عملة ءءصف بالمرونة لءناسب الظروف المءغئر.

٣- نحدث بطريقة مخططة ومقصودة وتستهدف أحداث تعديل في كل من سلوك الإنسان وتغيير في بعض جوانب البيئة^(٣٤).

(٦) مفهوم الحاجات:

ويشير مصطلح الحاجات إلى تلك الدوافع سواء أكانت أولية أم ثانوية ونعني بالحاجات الأولية تلك التي ترتبط بالدوافع الجسمية أو الدوافع الفسيولوجية وهي الأساس في نشاط الإنسان وقيامه بالسلوك، وأهمية دراسة الحاجات في ميادين التعليم والخدمة الاجتماعية هي التعرف على ميول واتجاهات وعادات الفرد والاهتمام بها بالإضافة إلى الاهتمام به من الناحية الجسمية والعقلية ويشترك الإنسان والحيوان في الدوافع الأولية، غير أن الإنسان يختلف عن الحيوان في أنه يعيش في جماعة وله ثقافة يتناقلها الأبناء عن الآباء والأجداد، كما أن لديه القدرة على التفكير في الماضي والحاضر والمستقبل والإفادة من خبراته السابقة مما يعجز عنه الحيوان^(٣٥).

وتعرف الحاجة على أنها حالة من النقص أو الإفتقار أو الإضطراب الجسمي أو النفسي إن لم تلق إشباعاً أثارت لدى الفرد نوعاً من التوتر أو الضيق لا يلبث أن يزول متى اشبعت الحاجة^(٣٦).

وتعرف أيضاً الحاجة على أنها حالة من التوتر أو عدم إئتران تتطلب نوعاً معيناً من النشاط يؤدي إلى إشباع الحاجة، والحاجات تشبع بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وعادة ماتعمل الحاجات في نظام مركب تعتمد على بعضها الآخر وتؤثر إحداها في الأخرى^(٣٧).

ويمكن تحديد مفهوم الحاجة إجرائياً تبعاً للمحددات الآتية:

- ١- الإفتقار إلى شيء ضروري أو الشعور بالحرمان من شيء.
- ٢- يصاحب هذه الحالة شعور قوى بضرورة إشباع هذه الرغبة.
- ٣- معرفة الإنسان بالوسيلة الكفيلة بإشباع هذه الرغبة.
- ٤- بإشباع الحاجة يزول الشعور بالقلق والتوتر.
- ٥- الحاجة مهما إشبعت فهي لا تزول تماماً فهي متجددة^(٣٨).

كما سبق يمكن أن نستخلص خصائص الحاجات:

تتميز الحاجات الإنسانية بعدة خصائص أهمها ما يلي:

- ١- لانهاية الحاجات: أى أنها غير محصورة العدد وغير قابلة للوقوف عند حد فهي فى تطور مستمر.
- ٢- أن كل حاجة منها يكفى لإشباعها مقدار محدود من الأمور المادية أو المطلوبة فتقل الرغبة فى الشيء كلما حصل الإنسان على جزء من هذا المقدار حتى يصل لأخرى.
- ٣- أن كل حاجة مهما ضعفت سيطرتها على النفس وقلت الرغبة فيما يسدها أو إنعدمت بعد إشباعها، لا تزول تماماً.
- ٤- حاجات الإنسان يحل بعضها على بعض.
- ٥- تختلف وسائل إشباع الحاجة من وقت لآخر ومن مجتمع لآخر.
- ٦- حاجات الإنسان تتألف وترابط بعضها ببعض ويكمل بعضها البعض.
- ٧- تتميز الحاجات الإنسانية بقابليتها للإشباع.

تصنيف الحاجات:

هناك أكثر من تصنيف لحاجات الإنسان الأساسية فالبعض يصنفها إلى حاجات أساسية ثانوية ويصنفها البعض الآخر إلى حاجات مادية وحاجات معنوية، وهناك تصنيف للأشياء الآتية (٣٩):

١- الحاجات البيولوجية والصحية:

فكل كائن زوده الله بمجموعة من الأجهزة البيولوجية تعمل فى تناسق من أجل إستمرار الكائن الحى فى الوجود مثل الحاجة إلى الأكل والشرب والتنفس والإخراج.

٢- الحاجات الاقتصادية:

مثل حاجة الإنسان إلى مورد للدخل ليشتبع حاجاته المتعددة من مسكن وملبس .. إلخ.

٣- الحاجات النفسية:

فالإنسان كما هو فى حاجة إلى الطعام والشراب فهو فى حاجة إلى الشعور بالأمن وفى حاجة إلى أن يجب وفى حاجة إلى النجاح وفى حاجة إلى أن يشعر بالإتماء وفى حاجة إلى سطة ضابطة ... إلخ.

٤- الحاجات الاجتماعية:

وتتمثل فى حاجة الفرد لأن يعيش مع الآخرين ويتفاعل معهم لكي يشبع احتياجاته الاقتصادية من خلال تبادل السلع والخدمات ويشبع احتياجاته النفسية فهو فى حاجة إلى أن يكون علاقات اجتماعية أيضاً^(٤٠).

التكيف وإشباع الحاجات:

وفيما يلى نعرض أهم الحاجات التى تساعد على عملية التكيف الاجتماعى:

١- إشباع الحاجات الأولية والحاجات الشخصية، ويتوقف ذلك بل ويقوم على أمرين هما:

أ- أن يكون الشخص قادراً على توجيه حياته توجيهاً ناجحاً، بحيث تشبع حاجاته المختلفة.

ب- أن يشبع الشخص حاجاته بطريقة لا تعوق إشباع الحاجات المشروعة للآخرين.

٢- أن يتوفر لدى الفرد العادات والمهارات التى تيسر له إشباع حاجاته الملحة، وهذه العادات تتكون فى المراحل المبكرة من حياة الفرد ولذلك فإن التكيف هو فى الواقع محصلة لما مر به الفرد من خبرات وتجارب أثرت فى تعلمه للطرق المختلفة التى يشبع بها حاجاته.

٣- أن يعرف الإنسان نفسه، إذ أن معرفة الإنسان لنفسه تعد شرطاً أساسياً من شروط التكيف الجيد وهذه تتضمن النواحي الآتية:

أ- أن يعرف الإنسان الحدود والإمكانات التى يستطيع بها أن يشبع رغباته بحيث تلتئى رغباته واقعية ممكنة التحقيق.

ب- أن يعرف الشخص إمكانياته وقدراته، ذلك أنه إذا ما عرف هذه الامكانيات والقدرات فإنه لا يرغب في شيء لا يسمح به هذه القدرات والامكانيات بتحقيقه.

٤- أن يتقبل الإنسان نفسه.

٥- المرونة: وهي أن يستجيب الفرد للمؤثرات الجديدة إستجابة ملائمة والمرونة نوعان قوية تؤدي إلى تكيف الشخص مع البيئة، وضعيفة بحيث يتقبل الشخص قيم البيئة، ومثلما تقبلنا يؤدي به إلى أن ينكر شخصيته الأصلية^(٤١).

عوامل سوء التكيف:

إذا ما ولد الكائن البشرى ولديه الاستعداد للاستجابة للمؤثرات الخارجية والمؤثرات الداخلية من جسمه دون أن يعطل هذا الاستعداد عوامل وراثية أو عوامل أخرى ألزمت عليه في فترة الحمل أو أثناء الولادة، وتوفرت البيئة المناسبة لرعايته، فإننا نتوقع له أن يحتفظ بما له توازنه مع بيئته دون أن تحد من تفاعله عامة جسمية، إذ يتوقف نجاح تفاعل الفرد مع بيئته على قدرته على تمييز الطرق والأهداف الناجحة في مجال حياته، وإدراك أحكام الناس على ذاته وقدراته وعلى مقارنة هذه الأحكام بما يعرفه من ذاته ونفسه، فمن كانت لديه عامة فقد تحول عامته بينه وبين التكيف السليم لأنها تحد من إدراكه في أن يميز بين ما يجب عمله ولا يجب بالإضافة إلى أن العامة قد تكون حائلاً دون تحقيق أهداف كثيرة^(٤٢).

وتشير إنتصار يونس أن قصور إمكانيات الفرد البشرية والتي تتمثل في العاهات الجسمية أو ضعف القدرات العقلية أو الافتقار إلى الجاذبية الاجتماعية، وكلها عوامل تعرض الفرد لمنافسة اجتماعية قاسية وذلك حتى يحصل على القبول الاجتماعي ويحقق لنفسه الشعور بالنجاح والأهمية، وقد يحدث الاحباط وتكون النتيجة الحتمية سوء تكيفه^(٤٣).

٧- مفهوم المشكلة الفردية:

تواجه الفرد في حياته العديد من المشكلات والعقبات، منها البسيطة

ومنها المركبة، منها المؤلدة ومن الاشد لما، منها المؤقة ومنها المستمرة. والفرد المعادى الذى يتمتع بذات قوية "Strong ego" يمكنه من مواجهة هذه المشكلات بقدر مناسب من القدرة والنجاح. فقد يجد لها حلاً نهائياً، أو قد يجد لها حلاً مؤقتاً، أو قد لا يجد لها حلاً على الإطلاق فيحاول إذن أن يعيش بها. وفى أى من هذه الحالات هو دائماً يحاول بفطرته أن يفعل شئ ما؛ يفكر ويضع احتمالات لم يجربها حتى يستقر على الحل المناسب. ولكنه أبداً لا يستشعر الضعف أو يحس باليأس، فقلته قادرة على أن تقوم بشئ ما.

ومحاولته هذه لحل مشكلاته، قد لا تكلفه أحياناً أكثر من إثبات سلوك معين بأسلوب روتينى تلقائى، تماماً كسائق العربة الذى إعتاد تفادى أخطار الطريق أوتوماتيكياً دون تفكير أو إدراك واع لما يقوم به؛ وأحياناً أخرى قد تكلفه بعض الجهد، ليقوم بعمليات عقلية معينة من إدراك وإحساس وتفكير حتى يستقر على أمر معين فيسلكه. وهكذا.

ولكن يحدث أن يظهر فى حياة الفرد موقف معقد تعجز قدرات الذات عن مواجهته بفاعلية مناسبة. أو أن تصاب الذات فجأة بعجز ما فى وظائفها المختلفة لتصبح قاصرة عن تناول مشكلات حياته حتى البسيطة منها، أو أن تكون الذات بطبيعتها عاجزة فظراً أو خلقياً ليتطلع الفرد آنذاك إلى طلب المساعدة والعون، أو على الأقل يشعر الآخرون بحاجته إلى هذه المساعدة وهذا العون.

ومثل هذه المشكلات التى تعترض الفرد متعددة ومتداخلة ومتضاربة: فقد تكون حاجة إلى ضروريات الحياة المادية أو قد تكون حاجة إلى ضرورياتها النفسية؛ وقد تكون عقبة أمام بناء أسرة أو قد تكون سعيًا إلى تفكك أسرة؛ وقد تكون خوفاً من الحياة أو قد تكون خوفاً على الحياة وقد تكون طفلاً يبحث عن مأوى وقد يكون طفلاً يهرب من المأوى؛ قد يكون صغيراً يتطلع لأن يكون رجلاً وقد يكون رجلاً يحن ليكون طفلاً ... وهكذا.

مشكلات جادة وخطيرة يعبر عندها الفرد مفترق طرق قد يترتب على الطريق الذى يسلكه سعاده أو شقاؤه، رفايته أم تعاسته ..

من ثم فمسئوليتنا بدورها مسئولية جادة وخطيرة عند مساعدته على إختيار أفضل الطرق وأقربها إلى بر الأمان. ولنتأمل مسئوليتنا عندما نتناول مشكلة حدث أو تلميذ يمانى موقفاً قد يدفع به إلى الهرب أو إلى ترك المدرسة، أو مسئوليتنا فى البحث عن أفضل أسرة بديلة لطفل لقيط أو ناقة من مستشفى للأمراض العقلية، أو مسئوليتنا عند تأهيل معوق يائس زينت له ظروفه فكرة الانسحاب من الحياة ... إلخ.

إنه مفترق طرق شديد الخطورة، اختيار طريق دون آخر قد يكون إختياراً بين الأمل واليأس، بين الاستقامة والانحراف، بل بين الحياة والموت.

تصنيف المشكلات الفردية:

إن أبسط تصنيف للمشكلات الفردية هو تصنيفها حسب مجالها الوظيفى أى المنطقة التى تأثرت بالموقف أو تكمن فيها المشكلة ذاتها.

تصنيف المشكلات الفردية:

١- المشكلة الأسرية. ٢- المشكلة الاقتصادية.

٣- المشكلة المدرسية. ٤- المشكلة العملية.

٥- الصنف العقلى. ٦- المرض العقلى.

٧- العجز والعاهة والمرض. ٨- الانحراف والجريمة.

وهناك تصنيف آخر للمشكلة وفقاً لأنصار المذهب التحليلى فى علم النفس:

١- مشكلات بخارجة عن ذات الفرد تمثلها حاجات اقتصادية أو صحية أو عائلية .. إلخ.

٢- ضعف الذات أو الذات العليا.

٣- اضطراب فى الشخصية نتيجة خبرات وصراعات طفلية لم تحل وأهمها:

- أ- الأنانية المفرطة. ب- الخوف الزائد.
 ح- الاتكالية. د- علم الفطام النفسى.
 هـ- العدوان. و- الانحراف الوجدانى.

ويمكن تصنيف المشكلات أيضاً إلى:

- أ- مشكلة شخصية: صحية أو نفسية أو عقلية .. إلخ.
 ب- مشكلة خارجية: أسرية، مدرسية، اقتصادية ... إلخ.
 ح- مشكلة بيئية وشخصية معاً وهذه مرتبطة بكل من شخصية الفرد والبيئة المحيطة.
 وتوجد مجموعة اعتبارات خاصة بالمشكلة الفردية:
 ١- تتفاعل المشكلة دائماً مع السمات الشخصية للفرد.
 ٢- جوانب المشكلة متعددة ومتداخلة ولكن علينا أن نتخير جانباً منها كنقطة بداية.
 ٣- المشكلة الفردية لها جوانب موضوعية وأخرى ذاتية.
 ٤- الجوانب الذاتية والموضوعية أحياناً تكون كل منها سبباً فى الأخرى.
 ٥- المشكلة هى دائماً حلقة من سلسلة متصلة من الحلقات الإشكالية الأخرى^(٤٤).
 هـ- مفهوم المعوق:

المعوق مصطلح يطلق على من تعوقه قدراته الخاصة على النمو السوى إلا بمساعدة خاصة، وهو لفظ اشتق من الإعاقة أو التأخير أو التعميق، ومعناها بالإنجليزية Handicapped أى تكبيل اليدين Deformity بمعنى نقص التكوين^(٤٥).

يعرف المعوق بأنه «الفرد الذى ينحرف عن الإنسان العادى أو الإنسان المتوسط فى:

- أ- الخصائص العقلية. ب- الخصائص الحسية.

جـ- الخصائص العصبية أو العضلية أو الجسمية

د- السلوك الاجتماعي أو الانفعالي.

هـ- قدرات التواصل.

و- جوانب قصور متعددة^(٤٦).

يُعرف المعوق بأنه كل شخص أصبح غير قادر على الإعتماد على نفسه في مزاولة عمله، أو القيام بعمل آخر والاستقرار فيه، أو نقصت قدراته على ذلك نتيجة قصور عضوي أو عقلي أو حسي أو نتيجة لمعجز خلقى منذ الولادة^(٤٧).

ويرى البعض أن الشخص للمعوق هو المصاب باعاقة مزمنة أو حادة والتي ترجع إلى:

١- الضعف الجسمي أو العقلي أو تركيبة من الضعف الجسمي والعقلي.

٢- احتمال استمرارها غير محدد.

٣- ينتج عنها قصور أساسي في ثلاثة مجالات أو أكثر من أنشطة الحياة الأساسية.

أ- رعاية نفسية. ب- أسلوب التعبير والتقبل. جـ- التعلم.

د- الحركة. هـ- التوجيه الذاتي.

و- الاستقلالية. ز- كفاية نفسه اقتصادياً.

٤- تظهر على الشخص حاجته إلى مجموعة من أوجه الرعاية الشاملة أو العلاج أو الخدمات التي تستمر مدى الحياة^(٤٨).

وعرف مؤتمر السلام العالمي والتأهيل للمعوق بأنه «كل فرد يختلف عن من يطلق عليه لفظ «سوى» أو عاды جسمياً أو عقلياً أو نفسياً أو اجتماعياً إلى الحد الذي يستوجب عمليات تأهيلية خاصة حتى يحقق أقصى تكيف تسمح به قدراته الباقية».

كما يميز العلماء طوائف المعوقين إلى:

أ- أصحاب عجز ظاهر كالمكفوفين مثلاً.

ب- أصحاب عجز غير ظاهر كمرضى الدرن.

ج- كما ينذهب آخرون إلى تصنيف المعوقين بأنهم:

أ- معوق جسمي: وهم المقعدون والمشلولون ومبتورو الأطراف والمرضى بأمراض مستعصية.

ب- معوق حسي: كالمكفوفين والصم باختلاف درجاتهم ودرجات الضعف العقلي.

ج- معوق عقلي: كالمرضى العقليون والتفسيرون.

د- معوق اجتماعي: وهم الفئات التي تتعرض للتمييز المنصري أو الجنسي أو (العقائدي أو الطبقي) (١٩).

وفي ضوء المفهومات السابقة يمكن تعريف المعوق إجرائياً فيما يلي:

أ- أن أساس الحكم على شخص ما بأنه معوق هو وجود قصور أو عاهة أضعفت قدرته على مزاوله العمل بحيث يحتاج إلى مساعدة متخصصة لاستعادة قدراته أو تعويضه.

ب- أن الإعاقة ترجع إلى أسباب وراثية أو خلقية أو حادثة أو اجتماعية أو مرضية أو ثقافية أو أكثر من عامل من هذه العوامل.

ج- تسبب الإعاقة سوء التكيف للمعوق مع مجتمعه أو بيئته التي يعيش فيها ويترتب عليها مشاكل ترتبط بذاته أو حياته وحياة أسرته ومجتمعه (٥٠).

مفهوم الإعاقة:

تعددت المفاهيم حول مصطلح الإعاقة فيمكن النظر إليها على أنها ضرر أو خسارة تصيب الفرد نتيجة الضعف أو العجز بحيث تحد أو تمنع الفرد من أدائه لدوره الاجتماعي على عوامل ثقافية اجتماعية (٥١) وهي تمثل الجانب الاجتماعي للضعف أو العجز ونوع ودرجة الإعاقة والتي تؤثر في القيم أو الاتجاهات والتوقعات التي تراعى فيها البيئة الاجتماعية للأفراد

ونتيجة في علاجنا للإعاقة وفقاً لما سبق إلى أبعاد أساسية منها الاستقلال البدني، الحركة، أداء العمل، الاندماج الاجتماعي، الاكتفاء الذاتي اقتصادياً^(٥١).

ويقصد بالإعاقة أيضاً ذلك، النقص أو القصور المزمّن أو العلة المزمنة التي تؤثر على قدرات الشخص فيصير معوقاً سواء كانت الإعاقة جسمية أو حسية أو عقلية أو اجتماعية، الأمر الذي يحول بين الفرد وبين الاستفادة الكاملة من الخبرات التعليمية والمهنية التي يستطيع الفرد العادي الاستفادة منها، كما تحوّل بينه وبين المنافسة المتكافئة مع غيره من الأفراد العاديين^(٥٢).

وبناء على ما سبق نستطيع تقديم مفهوم للإعاقة على النحو التالي:

- ١- قصور أو عجز أو علة مزمنة لدى شخص ما.
- ٢- يؤثر هذا القصور أو العجز على قدرات الفرد المعوق.
- ٣- يرتبط هذا القصور أو العجز بالجوانب الجسمية أو الحسية أو العملية أو الاجتماعية ... إلخ.
- ٤- يؤدي هذا العجز إلى عدم الاستفادة الكاملة من الخبرات المختلفة التي يستفيد منها الفرد العادي.
- ٥- يحتاج المعوق إلى رعاية خاصة ترتبط ارتباطاً وثيقاً مع نوع العاهة المصاب بها.

٤ مفهوم التأهيل:

يعرف التأهيل بأنه استعادة الشخص المعوق لأقصى ما تسمح به قدراته في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية^(٥٣)، كما ينظر إلى التأهيل بأنه (إعادة التكيف أو إعادة الإعداد للحياة).

وقد حدد قانون التأهيل رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ التأهيل بأنه «تقديم الخدمات الاجتماعية والنفسية، والطبية والتعليمية والمهنية التي يلزم توفيرها للمعوق وأسرته لتمكينه من التغلب على الآثار الضارة التي تنجمت عن عجزه».

وقد وضعت منظمة العمل الدولية تعريفاً للتأهيل المهني بأنه ذلك الجانب من عملية التأهيل المستمرة المترابطة الذي ينطوي على تقديم الخدمات المهنية كالترجيح المهني والتدريب المهني والتشغيل مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه^(٥٤).

وبناء على ما سبق يمكن عرض مفهوم التأهيل على النحو التالي:

- يرتبط التأهيل بالشخص المعوق أو الأشخاص ذوي الحاجات.
- يستفيد المعوق من قدراته المتبقية إلى أقصى استفادة.
- استثمار القدرات الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية ... إلخ للمعوق.
- استفادة المعوق وأسرته من الخدمات التأهيلية لفهم قدرات المعوق وإمكانياته.
- يساعد التأهيل المعوق في إعادة تكيفه لتقبل المعاناة والتفاعل مع المجتمع بأيجابية.

١١- مفهوم الدور:

ويعرف لندبرج الدور بأنه «نمط السلوك المتوقع من شخص ما في جماعة معينة وموقف معين، وتحدد الأدوار ما يجب أن يؤديه من سلوك في جماعته في ظل الثقافة السائدة».

وبعد مفهوم الدور واحداً من مجموعة المفاهيم المترابطة التي تستخدم في دراسة سلوك الأفراد وهذه المفاهيم هي:

- ١- الوضع الاجتماعي أى موقع الفرد في البناء الاجتماعي.
- ٢- الدور: ويعبر عن الجانب الدينامي أو السلوك للوضع الاجتماعي.
- ٣- الدور المقابل وهو الدور الذي يكمل دور الفرد في عملية التفاعل الدينامي.
- ٤- الحقوق والواجبات: فلكل دور بعض الأفعال التي تنطوي بدورها على حقوق الفرد على الآخرين وواجباتهم تجاههم وهذه الحقوق والواجبات ما هي إلا التوقعات المتبادلة للدور الذي يؤديه الفرد والدور المقابل له

عند الآخرين والتي نحفظ بها في أذهاننا أثناء عملية التفاعل.

٥- إدراك الدور وهو مفهوم يعبر عن تصور الفرد للدور وتصوره عن حقوقه وواجباته.

٦- سلوك الدور وهو الأداء الفعلي للدور (فقد يحدث أن يختلف الفرد عن أداء توقعات دوره أو دور الآخر، وقد ينجح نجاحاً باهراً في أدائها).

٧- صراع الدور وهو موقف يجد فيه الفرد أن أدائه للدور معين على أكمل وجه يؤدي إلى تعطيل التوقعات الخاصة بدور آخر، الأمر الذي يؤدي إلى إحساسه ببعض الذنب (ومثال ذلك صراع الدور لدى المرأة التي تحاول أن تلعب دور الأم وال طالبة في نفس الوقت)^(٥٥).

مراجع الفصل الثاني

- ١- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٤، ص ٨.
- ٢- الفاروق زكى يونس، الخدمة الاجتماعية والتغيير الاجتماعى، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٧٨، ص ٢٥.
- ٣- عبد الفتاح عثمان، المرجع السابق، ص ٨ - ١٠.
- 4- Zastrow, C., Intraduction to Social welfore Institutions Social problem, services and Carrent Issus, Rev. ed Dorsey Press, 1983, p. 3.
- ٥- عبد الحى محمود حسن، الرعاية الاجتماعية تطورها وقضاياها، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ١٨.
- ٦- بدر كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ١٥ - ١٧.
- 7- Zastrow, c., Op. cit, P.12
- ٨- الفاروق ذكى يونس، الخدمة الاجتماعية و التغيير الاجتماعى المرجع السابق، ص ١٦.
- ٩- أحمد مصطفى خاطر، الخدمة الاجتماعية نظرة تاريخية، مناهج الممارسة، المجالات، المكتب الجامعى الحديث، الاسكندرية، ١٩٨٤، ص ١٢.
- ١٠- محمد إبراهيم عبد الغنى، الرعاية الاجتماعية والخدمة الاجتماعية، النظرية والتطبيق، مكتبة نهضة الشرق، القاهرة، ١٩٨٦، ص ١٧ - ١٨.
- ١١- عطيات ناشد، وآخرون الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ١٨٣.
- ١٢- كامليا عبد الفتاح، مستوى الطموح والشخصية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٧٢.
- ١٣- حامد زهران، الصحة النفسية، عالم الكتب، القاهرة، ١٩٧٤، ص ٥٧.
- ١٤- عاطف وصفي، الشخصية المصرية التقليدية، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٧، ص ١٠١ - ١٠٣.

- ١٥- انظر في هذا الشأن كل من:
- محمد خليفة بركات، تحليل الشخصية، كلية مصر، بدون سنة نشر، ص ١٦٦
 - محمود محمود الزهني، سيكولوجية الشخصية بين النظرية والتطبيق، دار المعارف، القاهرة، ١٩٧٤، ص ٣٨.
 - ١٦- أحمد محمد السنهوري، وآخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مركز السوق الريادي، جامعة حلوان، ١٩٩٨، ص ص ٣٠ - ٣١.
 - ١٧- محمد مصطفى أحمد، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ٤.
 - ١٨- حامد زهران، الصحة النفسية والعلاج النفسي، المرجع السابق، ص ١٥٠.
 - ١٩- مصطفى فهمي، الصحة النفسية، دار الثقافة، القاهرة، ١٩٦٣، ص ١١.
 - ٢٠- يوسف مراد، دراسة في التكامل النفسي، دار النشر والثقافة النفسية، القاهرة، ١٩٥٨، ص ٣٢١.
 - ٢١- أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، المذنب الجامعي الحديث، الإسكندرية، (ط ٩)، ١٩٧٣، ص ٢٩.
 - ٢٢- يحيى الرضاوي، دليل الطالب الذكي، دار عطوة للطباعة، القاهرة، ١٩٨٠، ص ٤٩.
 - ٢٣- محمود محمد الشربيني، سيكولوجية الشخصية، المرجع السابق، ص ٣٩.
 - ٢٤- محمود محمد الزهني، المرجع السابق، ص ٩٧.
 - ٢٥- إبراهيم مذكور، معجم العلوم الاجتماعية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٧٥، ص ١٧٨.
 - ٢٦- أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، المرجع السابق، ص ٢٤٥.
 - ٢٧- سميرة فهمي، مجالات الصحة النفسية في المدرسة، سلسلة التربية في الوطن العربي، دار مطابع الشعب، ١٩٦٥، ص ١١٣.
 - ٢٨- أحمد عزت راجح، المرجع السابق، ص ٤٧٢.
 - ٢٩- محمود محمد الزهني، المرجع السابق، ص ص ٢٣٥ - ٢٤٠.
 - ٣٠- محمود محمد الزهني، المرجع السابق، ص ص ٢٤٥.
 - ٣١- المنجد في اللغة، بيروت، دار الشرق، ١٩٦٠.

- ٣٢- حامد زهران، المرجع السابق، ص ٧١.
- ٣٣- عاطف غيث، وآخرون، مصطلحات العلوم الاجتماعية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٥، ص ١٨.
- ٣٤- أحمد محمد السنهوري، وآخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المرجع السابق، ص ٣٧ - ٣٨.
- ٣٥- محمد مصطفى أحمد، المرجع السابق، ص ٢٧.
- ٣٦- أحمد عزت راجح، المرجع السابق، ص ٢٣.
- ٣٧- أحمد محمد السنهوري، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٢.
- ٣٨- جمال شحاته حبيب، احتياجات الرعاية الاجتماعية في مجمع صحرولى، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨١.
- ٣٩- نجية الحصرى، علم النفس والاحصاء الاجتماعى، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٧٢، ص ص ١٢٨ - ١٢٩.
- ٤٠- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، ١٩٩٥، ص ص ٣٩ - ٤٠.
- ٤١- مصطفى فهمى، الصحة النفسية، مرجع سابق، ص ص ١١ - ١٦.
- ٤٢- سعد جلال، ومحمد علاوى، علم النفس التربوى الرياضى، دار المعارف، القاهرة، ١٩٨٢، ص ٢٧٤.
- ٤٣- انتصار يونس، السلوك الإنسانى، دار المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٤، ص ٣٩٠.
- ٤٤- وحول مفهوم المشكلة وأبعادها وتصنيفها انظر كل من:
- عبد الفتاح عثمان، خدمة الفرد والمجتمع النامى، المرجع السابق، ص ص ١١٧ - ١٢٥.
- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨١، ص ٣١.
- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، المرجع السابق، ص ص ٤٣ - ٤٦.
- ٤٥- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الاجتماعية فى المجال الطبى ومجالات رعاية المعوقين، رؤيا متطورة للواقع العربى، مكتبة عين شمس، القاهرة، ١٩٩٧، ص ٢٥٦.

- ٤٦- فتحى السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، سيكلوجية الأطفال غير العادين واستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت، ١٩٨٨، ص ١٧.
- ٤٧- يحيى درويش، دراسة تاريخ التأهيل الاجتماعى فى مصر، النشرة الدورية لاتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين، ج. م. ع، ١٩٨٦، ص ٥١.
- ٤٨- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، المرجع السابق، ص ٢٦ - ٢٧.
- ٤٩- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، المرجع السابق، ص ٢٥٦ - ٢٥٧.
- ٥٠- انظر فى هذا الشأن:
- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، المرجع السابق، ص ٢٧.
 - مريم إبراهيم حنا، وآخرون، المرجع السابق، ص ٤٩.
 - محمد عبد المنعم نور، الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، مكتبة القاهرة الحديثة، القاهرة، ١٩٧٣، ص ١٧٧.
 - أحمد عبد المجيد الصاوى، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد الرابع والعشرون، جامعة الكويت، ١٩٩٦، ص ٢١٥.
- ٥١- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوه، المرجع السابق، ص ٢٨.
- ٥٢- محمد عبد المؤمن حسين، سيكلوجية غير العادين وتربيتهم، دار الفكر الجامعى، الإسكندرية، ١٩٨٦، ص ١٢.
- ٥٣- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٢٩٧.
- ٥٤- إسماعيل شرف، تأهيل المعوقين، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٢، ص ٢٢ - ٢٤.
- ٥٥- محمد محمود الجوهري، عبد الله الخريجي، طرق البحث الاجتماعى، دار الثقافة للنشر والتوزيع، القاهرة، ١٩٩٠، ص ١٨٥ - ١٨٦.

الفصل الثالث

العوامل المسببة للإعاقة

تقديم

- أسباب الإعاقة.

تصنيف الإعاقة وتشمل:

- المعوقون جسمياً.

- المعوقون حسيّاً.

- المعوقون عقليّاً.

المراجع

العوامل المسببة للإعاقة

تقديم:

يعتبر وجود الفئات الخاصة من المعوقين في أى مجتمع من المجتمعات الحديثة ظاهرة اجتماعية فرضت نفسها بسبب التعميد القائم في الحياة الاجتماعية المعاصرة، والتي نشأت نتيجة لظروف الحروب المتتالية وحركة التصنيع المستمرة، وخلاف ذلك من مظاهر الحياة العديدة في عصرنا الحاضر والتي أدت إلى زيادة نسبة المعوقين من ناحية، وتعدد مظاهر وأنواع الإعاقات من ناحية أخرى.

وأظهرت العديد من الدراسات في هذا المجال التزايد المستمر في فئات المعوقين الأمر الذى أدى إلى ضرورة تصنيف هذه الإعاقات بغية التخطيط ووضع البرامج الخاصة برعايتهم.

ويرى البعض أنه أياً كانت تصنيفات الإعاقة فإن أصحابها يستحقون الشفقة والاهتمام، ويرون أن هناك أنواعاً عديدة من الإعاقة مثل العاجزين، والمبتورين، التهاب المفاصل المزمن، المكفوفين، مشاكل العظام، الضعف العقلي، الحسوق، السرطان، الشلل الحفي، الأصم، البول السكرى، الاضطرابات العاطفية، المشوهين، الخرس، الشلل، الاضطرابات النفسية .. إلخ.

ورغم تعدد الأسباب الكامنة وراء الإعاقة أو أنواعها سنحاول في هذا الفصل تقديم عرض مختصر لأكثر التصنيفات شيوعاً في مجال الإعاقة، ونناقش أيضاً العوامل الوراثية والبيئية التى تكمن وراء إصابة المعوقين بمعاة معينة أو متعدّدات الإعاقات.

أسباب الإعاقة:

تعددت الكتابات حول الأسباب الكامنة وراء حدوث الإعاقات المختلفة ورغم هذا كان هناك شبه إئفاق على الدور الذى تلعبه كل من العوامل، الوراثية والعوامل البيئية فى هذا الشأن.

ويمكن أن نقسم أسباب الإعاقة إلى سببان رئيسيان هما:

١- أسباب وراثية.

٢- أسباب بيئية.

١- الأسباب الوراثية:

وتشمل الحالات التي تنتقل من جيل إلى جيل عن طريق الجينات الموجودة على الكروموسومات في الخلايا، مثل الاستعداد الموجود عند بعض الأسر كالتهيف ويسمى مرضى الهيموفيليا Hemophilin والضعف العقلي، والاستعداد للإصابة بمرض السكر والزهرى الوراثى الذى تنتقل فيه العدوى من الأب إلى الأم إلى الجنين، كما أن النقص الوراثى فى إفرازات الغدة الدرقية يؤدي إلى نقص النمو الجسمى والعقلي، وبصفة عامة يمكن القول أن حالات الإعاقة الوراثية أقل من حالات الإعاقة البيئية.

٢- الأسباب البيئية:

إن الوراثة حصيلة المؤثرات الموجودة داخل الكائن الحى المتصلة بالتكوين الجنى، أما البيئة فهي حصيلة المؤثرات الخارجية التي بدأت تلعب دورها منذ الحمل حتى الوفاة وتسير مع العوامل الوراثية منذ نشأتها فى علاقة تفاعلية . وتشمل البيئة مؤثرات ما قبل الولادة، مؤثرات أثناء الولادة، مؤثرات ما بعد الولادة.

أ- مؤثرات ما قبل الولادة:

إن إصابة الأم مثلاً فى بداية الحمل بالحصبة الألمانية تؤدي إلى احتمال تعرض الجنين لإصابات العين والقلب، كما أن صحة الأم خلال فترة الحمل فى نوع تغذيتها عاملان يتوقف عليهما ما إذا كان الطفل يولد سويًا أو غير سوي^(١).

وتوجد مجموعة من العوامل البيئية التي تزيد من نسبة إعاقة المواليد.

١- انفصال المشيمة.

٢- المشيمة المتقدمة.

٣- عدم كفاءة المشيمة.

وتؤدي هذه الأسباب إلى بقاء نمو الجنين، وصغر حجمه، كما تؤدي إلى الولادة المبكرة وإلى حدوث الاعاقات التكوينية.

٤- عمر الأم: ويزداد احتمال حدوث الاعاقة في حالة الأمهات اللاتي يقلن عمرهن عن ١٧ سنة أو يزيد عن ٣٥ سنة.

٥- نقص الأكسجين، مما يؤثر على تلف بعض خلايا المخ.

٦- زيادة الأكسجين، وبخاصة في حالات الولادة المبكرة.

٧- وجود بعض العيوب بالحوض لدى بعض الأمهات.

٨- الحمل المتعاقب والمتكرر.

٩- إصابة الأم بالأمراض المزمنة مثل داء السكري وأمراض القلب وقرر الدم الشديد وأمراض الجهاز التنفسي.

١٠- إدمان الأم للتدخين والمسكرات والمخدرات.

١١- تسمم الدم.

١٢- توقف عملية تبادل الغازات، وهي مسؤولة عن حدوث حوالي (٩٠) بالمائة من حالات الشلل الحفي، وتحدث هذه الحالات غالباً من جراء مشاكل الحبل السري وغيرها.

١٣- إصابة الأم بالتنفـف أثناء الحمل.

١٤- ارتفاع ضغط الدم لدى الأم الحامل.

١٥- الولادة المتعسرة.

١٦- سوء استعمال المخدر أثناء عملية الولادة.

١٧- استعمال بعض أدوية علاج ضغط الدم المرتفع^(٢).

ب- مؤثرات أثناء الولادة:

وهذا يحدث إذا كان حجم المولود كبيراً بالنسبة للأم. أو الإهمال في النظافة أثناء الولادة فمثلاً عدم غسل عيني الطفل بالماء والصابون قد يؤدي للإصابة بالرمـد الصديدي وهو من عوامل فقد البصر، والطفل الذي يولد

قبل موعد ولادته الطبيعية يمكن أن يصاب بنزيف في المخ، ويرتبط أيضاً بحالات الولادات المتعسرة أو إصابة الجنين ببعض الميكروبات أو عدم توفير الأكسجين^(٣).

ح- مؤثرات ما بعد الولادة:

وتنقسم إلى العديد من المسببات منها:

١- الأمراض: ومن أهمها أمراض الطفولة التي تصيب الإنسان في أى مرحلة من مراحل السنة الأولى ومن الأمراض ما ينسب عجزاً مباشراً ومنها ما يكون العجز نتيجة مضاعفات المرض.

٢- حوادث المنزل. ٣- حوادث العمل.

٤- حوادث الطريق. ٥- الحروب.

٦- سوء التغذية. ٧- المرض النفسى.

٨- المخدرات والكحوليات. ٩- ضعف السمع والصمم.

١٠- فقدان البصر. ١١- الفقر والعجز^(٤).

ورغم تعدد الأسباب الكامنة وراء أسباب الإعاقة، والعوامل التي تؤدي إلى حدوثها، إلا أن هناك شبه اتفاق على دور كل من العوامل الوراثية، والعوامل البيئية.

وفي إطار ما تقدم تستطيع أن تقدم للمقارن مجموعة من الأسباب والعوامل التي تلعب دوراً رئيسياً في حدوث الإعاقة، مع العلم بأن هذه الأسباب ليست هي فقط المسببة للإعاقات الإنسانية، وأهم هذه العوامل ما يلي:

أولاً: العوامل الخلقية Congenital Disorders، وتشير هذه العوامل إلى مجموعتين رئيسيتين هما: العوامل الوراثية الجينية، والعوامل غير الوراثية:

١- العوامل الوراثية الجينية، وتؤثر هذه العوامل على حدوث إصابات تقدم بما يقرب (٧٣٪) من حجم أعداد الولادة في العالم، كما تؤدي إلى حدوث وفاة مبكرة لدى الأطفال الرضع، ولكن معظمها يسبب حدوث

إعاقات للأطفال منذ الولادة وحتى سن البلوغ. وأكثرها إعاقات تكون عقلية أو فقدان السمع والبصر كلية، كما تؤدي إلى حدوث إعاقات جسمية أو حركية أخرى.

٢- العوامل غير الوراثية، تشكل هذه العوامل، إحدى الأسباب الرئيسية لحدوث الإعاقات سواء في الدول النامية أو المتقدمة، ولكنها تظهر بصورة أكثر على مستوى الدول النامية، والتي يولد بها (¼) عدد الأطفال المولودين سنوياً على مستوى العالم، كما تنتج تلك العوامل، عن عدم توافر البيئة الصحية للملازمة، التي تؤثر على الجنين أثناء فترات الحمل، وولادة أطفال ناقصي النمو بدرجة كبيرة نتيجة لسوء التغذية. وتندرج تحت هذه العوامل مجموعة فرعية مسببة لحدوث الإعاقة ومن أهمها:

أ- سوء التغذية والأنيميا الشديدة أثناء فترة الحمل. كما أشرنا سابقاً، أن حدوث هذه الأمراض تتركز بصورة أكثر في الدول النامية، التي تنتج عن قلة تناول الوجبات الغذائية السليمة للحوامل، وولادة الأطفال ناقصي النمو، كما يسهم في زيادة حدوث الإعاقات نتيجة هذه الأمراض، قلة الوعي الاجتماعي والصحي، والزواج المبكر وكثرة الإنجاب.

ب- الأمراض التي تصيب الأم الحامل، ومن أهمها مرض الحصبة الألمانية الذي يصيب الأم الحامل، ويؤثر على الجنين وحدثت إعاقات متعددة على الأطفال بعد الولادة. كما تساهم أمراض أخرى في ذلك أيضاً، مثل الانفلونزا والزهرى، والعديد من الإصابات الفيروسية الأخرى. كما تشكل إصابة الأم الحامل بأمراض، مثل السكر، والتهاب الغدة الدرقية، وتناول العقاقير بدون استشارة الأطباء، وإدمان المسكرات والمخدرات، وعقاقير الهلوسة وغيرها، في حدوث إعاقات متنوعة للأطفال خلال فترات الحمل أو بعد الولادة مباشرة. علاوة على ذلك، تساهم العادات والتقاليد الخاصة بزواج الأقارب، والزواج المبكر أو المتأخر من حدوث إعاقات متعددة أيضاً.

ثانياً: الأمراض المعدية المتقلة Communicable Diseases ، تؤدي هذه الأمراض إلى زيادة معدلات الإعاقة ونسبة المعوقين بوسائل متعددة مثل :

- ١- إصابة الجنين خلال فترة الحمل نتيجة إصابة الأم الحامل.
- ٢- الخلل في عملية التغذية، والإصابة بالأمراض المعدية مثل النزلات المعوية والإسهال عند الأطفال، ونقص المناعة نتيجة لسوء التغذية و حدوث الجفاف.
- ٣- تكرار الأمراض المزمنة، والتي تؤثر في زيادة معدلات المعجز، مثل السل والملاريا.

٤- حدوث الإصابة بالأمراض الميكروبية أو الفيروسية المعدية، والتي تؤدي إلى إعاقات دائمة، مثل حالات شلل الأطفال أو الإلتهاب السحائي أو التراكوما والجذام. ويمكن الإشارة إلى بعض التقديرات لحدوث تلك الأمراض ومدى صلتها بحدوث الإعاقة:

(أ) شلل الأطفال: Poliomyelitis. قبل إكتشاف اللقاح الوريقي لهذا المرض، كانت تمثل الإصابة به ٢.٣ من كل مائة ألف حالة من السكان سنوياً. وتقدر نسبة إصابة المرض في الدول النامية وخاصة التي تطبق برامج التحصين الشامل بحوالي (٢,٥ مليون) أو حدوث ٧٥ ألف إصابة سنوياً.

(ب) التراكوما - Trachoma. يعد هذا المرض من أكثر الأمراض المعدية إنتشاراً في العالم ويصيب الميون، حيث يقدر إجمالي الإصابة سنوياً ما بين (٤٠٠ - ٥٠٠ مليون)، يفقد من بينهم (٢ مليون) أبصارهم كلية نتيجة هذا المرض، وحوالي (٨ مليون) آخرون يصابون بقصور شديد في الإبصار.

(ج) الجذام - Leprosy، تشير التقديرات العالمية أن حوالي ١٥ مليون يصابون بهذا المرض، فمن بينهم (٣,٥ مليون) معاقون تماماً.

وبالإضافة إلى تلك الأمراض المعدية، هناك مجموعة أخرى من تلك الأمراض، تؤدي إلى حدوث إعاقات متعددة وتصنف ضمن الأمراض المعدية

المتنقلة مثل (الملاريا، والسل، والإلتهاب السحائي، والحصبة، والأمراض السرية). وتقدر عموماً نسبة الإعاقة بتلك الأمراض المعدية مجتمعة بحوالى (21) من إجمالى سكان العالم.

ثالثاً الأمراض الجسمية غير المعدية - SomaticNon-communicable
، وتسهم هذه الأمراض فى زيادة معدلات الإعاقة فى العالم، ومن أهم هذه الأمراض ما يعرف، بالإنزلاق الغضروفي، وروماتيزم المفاصل، وأمراض القلب، والصرع والسرطان، وبعض أمراض العيون، والجهاز التنفسي، وضغط الدم وغيرها. وتشير بعض تقديرات منظمة الصحة العالمية، أن إجمالى حالات الإعاقة الناجمة عن أمراض القلب والأوعية الدموية تقدر بحوالى (٢٠ مليون) على مستوى العالم، ولكنها ترتبط بحالات كبار السن، كما أنها تنتشر بصورة أكثر فى الدول المتقدمة. كما يعتبر السرطان من أهم تلك الأمراض وتنتج عنه حالات إعاقة تقدر (2٠,٧٥) من إجمالى سكان العالم.

رابعاً: الأمراض النفسية والعقلية، تشير إحصاءات منظمة الصحة العالمية، أن إجمالى إصابات الأمراض النفسية والعقلية على المستوى العالمى تقدر بحوالى (٤٠ مليون) نسمة. إضافة إلى ذلك، يصيب مرض (الصرع) بفرده حوالى (٦٥ مليون) نسمة من إجمالى سكان العالم. وتساهم العديد من الأمراض النفسية الناتجة عن سوء التكيف الاجتماعى والنفسى فى كثير من حالات الإعاقة، لخاصة حالات عيوب النطق والكلام مثل التأتأة والفأفأة وغيرها، كما أن العديد من هذه الأمراض تنتج عن أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية غير السليمة والمتطرفة كما فى حالات التدليل الشديد للأطفال، أو حالات الحرمان والمعاملة الأسرية القاسية.

خامساً: الحوادث، يشير مفهوم الحوادث إلى معانٍ متعددة فى الوقت الحاضر، وتسهم بصورة كبيرة فى زيادة معدلات الإعاقة بصورة عامة. وتعتبر حوادث الطرق والمرور مسئولة عن إعاقة (2٨,٥) من المعاقين عالمياً، والتي تقدر نسبياً بحوالى (٣٠ مليون) نسمة. وبالطبع، ترتبط زيادة معدلات هذه النسبة بدرجة التحضر والتصنيع والوضع الاقتصادى. وبالفعل، أشارت

معدلات الدراسة الميدانية إلى نسبة عالية جداً، وخاصة في مجتمعات الخليج العربي وهذا ما سوف نشير إليه فيما بعد.

وتعتبر حوادث العمل أيضاً من أهم الحوادث مساهمة في زيادة معدلات الإعاقة، وتسهم بحوالي (٤,٥٪) من المعاقين عالمياً أو ما يقدر بحوالي (١٥,٥) مليون معاق. أما حوادث المنازل فينتج عنها (٦,٥٪) من حالات الإعاقة أى ما يعادل (٣٠ مليون) هذا بالإضافة إلى، مجموعة الحوادث الناتجة عن الكوارث الطبيعية مثل الحروب والزلازل والفيضانات والعواصف والجريمة والرهضة. وبالمطبع، تتفاوت معدلات هذه النسب على مستوى بلدان العالم. فأحياناً تقلر إحدى نتائج الحروب وحدها بما يقدر بحوالي ٣ مليون معاق.

سادساً: الإدمان، ويقصد بالإدمان هو، عمليات الإدمان على المسكرات والمخدرات وعقاقير الهلوسة. وفي حقيقة الأمر، أن حوادث الإعاقة من الإدمان في حالة متزايدة على المستوى العالمى، نتيجة لعوامل متعددة يصعب سردها حالياً، كما توجد هناك صعوبات جمة في معرفة الإحصاءات الرسمية أو على الأقل التقديرية في أى مجتمع من المجتمعات النامية أو المتقدمة، وذلك لاعتبارات متعددة أخرى. وإن كانت تشير نتائج إحدى الدراسات التي أجرتها منظمة الصحة العالمية، في ١٤ دولة أن نسبة المدمنين تزيد عن (٢٪) من إجمالي عدد المجتمعات ذاتها، كما أن هناك ما لا يقل عن حوالي ٤٠ مليون معاق أو عاجز نتيجة للإدمان على مستوى العالم.

وبصورة موجزة، يوجد الكثير من التفاوت بين دول العالم حول معدلات الإدمان وأثرها على الإعاقة، ولكن يمكن اعتبارها من أهم العوامل المسببة لها في الفترات الحالية. وبالمطبع، يرجع طبيعة التفاوت بين الدول لتوزيع القوانين والتشريعات والجزاءات والبيئة الاجتماعية والاقتصادية، وغير ذلك من مجموعة عوامل متداخلة. وتشير إحدى التقديرات أن إجمالي إدمان المخدرات تقدر بحوالي ١ - ٢٪ في إيران على سبيل المثال، بينما تعزل في الولايات المتحدة إلى ١٠٪ من إجمالي عدد السكان. كما يصل معدلات الإدمان على المستوى العالمى بحوالي ٢٪ من إجمالي عدد السكان.

سابعاً: سوء التغذية، يرجع إنتشار هذا المرض لطبيعة الظروف الاجتماعية والاقتصادية، كما يعتبر سوء التغذية من أكبر المشاكل الصحية العالمية، حيث يصيب ما يقرب من (٥٠٠ مليون) نسمة في الدول النامية، ولها نتائج سلبية على الأطفال الرضع والحوامل، ويساهم بمعدلات عالية في لارتفاع نسبة الإعاقة العالمية. وبعد نقص البروتينات من أكثر أمراض سوء التغذية، حيث يقدر بما لا يقل عن (١٠٠ مليون) طفل ومن سن الخامسة مصابون بهذا المرض في العالم الثالث. كما يسهم نقص فيتامين (أ) في الإصابة بالمعجز الكلي أو الجزئي، وأن أكثر من (١ - ١٥) ألف طفل يفقدون أبصارهم سنوياً نتيجة هذا المرض. أما مرض إفتقار الغذاء إلى عنصر اليود والمسمى بمرض (الجوتر البسيط) فإنه يصيب (٢٠٠ مليون) طفل في العالم، كما يؤدي إلى كثير من الإعاقات العقلية. ويعانى ما بين ٥٠ - ٨٠٪ من الأمهات الحوامل من مرض الأنيميا، وكذلك نسبة كبيرة من الأطفال، مما يؤدي ذلك إلى حدوث إعاقات متنوعة. كما تسهم أمراض أخرى تحدث نتيجة سوء التغذية مثل الكساح، ونقص فيتامين (د) والكالسيوم على نمو العظام في زيادة حالات الإعاقة المختلفة.

ثامناً: كبر السن، تعتبر حالات كبر السن من العوامل المسببة للإعاقة، وتقدر هذه الفئة من يزيد أعمارهم عن ٦٠ سنة فأكثر. ويبلغ تمثيل هذه الفئة بحوالى ٢٠٪ من إجمالى عدد المعوقين. وإن كانت لا توجد تقديرات أو إحصاءات حول هذه الفئة العمرية على مستوى العالم أو الدول المتقدمة والنامية. مشكلة كبار السن من المشاكل، التى تواجه معظم الدول المتقدمة وأيضاً النامية، وتحتاج إلى المزيد من الرعاية الصحية والاجتماعية والنفسية. وعموماً، فإنها تسهم فى زيادة معدلات الإعاقة ومشكلة المعوقين على المستوى العالمى.

ثامناً: أمراض أخرى بيولوجية ومهنية وبيئية، وتشير هذه الأمراض، إلى الحالات الأخرى التى تسهم فى مشكلة المعوقين وزيادة نسبتهم، من أهم تلك الأمراض، حالات الولادة المتعسرة أو الناقصة والأمراض المهنية المتعددة، وحالات التسمم من الطعام أو المواد السامة، والحرائق، والجريمة. ويبلغ

تقريباً إجمالي عدد المعاقين من هذه العوامل مجتمعة بحوالى (٢ - ٣ مليون) فرد على مستوى العالم.

عاشراً: الإيدز Aids. يعتبر مرض الإيدز من الأمراض الحديثة جداً، والتي لم تعرف إلا فى منتصف الثمانينات، وإن كانت تشير التقارير الطبية أن أولى الحالات ظهرت فى الولايات المتحدة عام ١٩٨١، وأكثر من ٣٠٠ ألف فرد أصيب من المرض، توفى منهم بعد خمس سنوات ٢٠ ألف فرد. وفى الواقع، إننا نشير هنا لهذا المرض، باعتباره من الأمراض الاجتماعية والبيولوجية الحديثة، التى تؤثر على معدلات الإعاقة. وبالرغم من غياب الاحصاءات الدقيقة حتى الآن، إلا أننا نرى أن مرض الإيدز، بعد أكثر خطورة من أمراض تسبب الإعاقات، مثل التراكوما أو الجذام. كما أن هناك حالياً العديد من الدول، التى اتخذت إجراءات طبية وعلاجية أكثر من اتخاذها لأمراض مثل السل الرئوى والجذام والدرن وغيرها من الأمراض التى تعتبر من العوامل المسببة للإعاقات المختلفة والسبب يرجع إلى طبيعة ظروف مرض الإيدز والذى يؤدي إلى العزل الاجتماعى الشامل وفقدان العمل والتعامل مع الآخرين^(٥).

تصنيف الإعاقات:

تؤكد الدراسات ضرورة النظر إلى المعوقين كجماعات ذات ظروف خاصة ومشكلات متشابهة، يمكن إتباع أسلوب معين لتقديم الخدمات الاجتماعية لهم ورعايتهم.

وقبل أن نعرض لتصنيفات المعوقين، سنقوم بعرض للمداخل النظرية لتحديد الأسواء Normal وغير الأسواء Ubnormal وذلك على النحو التالى:

١ - مداخل الأعراض Sympton Approach

وهو مداخل يربط الشذوذ باختلاف السلوك عن المألوف عند عامة الناس، أو صدور سلوك نعرف مقدماً بشذوذه، ويوجه النقد إلى هذا الاتجاه حيث أنه لا يستطيع متابعة هذه الأعراض ومتابعة استمراريتها ومدى شدتها بأساليب مقننة.

٢- المدخل الثقافي Cultural Approach

ويركز هذا المدخل على استخدام الثقافة بمفهومها العام، في التعرف على الأنماط السلوكية الشاذة، عن طبيعة ثقافة مجتمع معين، ولكن هذا المدخل يفتقد إلى النظرة الشمولية والعمومية إلى الثقافة وتباينها سواء بين الجماعات الصغيرة أو المجتمعات المحلية أو على مستوى المجتمع العام.

٣- المدخل الإحصائي statistical Approach

ويعتمد أصحاب هذا المدخل على أهمية استخدام الإحصاءات المختلفة في التعرف على درجات السلوك غير السوى أو ما هو مألوف لدى الأفراد العاديين أو سلوكهم، وذلك عن طريق الاعتماد على قضايا إحصائية مثل الانحرافات المعيارية. والنزعات المركزية وغيرها.

٤- المدخل الأكلينيكي Clinical Approach

وهو مدخل موضوعي يكشف عن الشذوذ وفق اختبارات ومقاييس عملية طبية أو نفسية أو اجتماعية. وإن كان يتطلب مقاييس دقيقة لتحديد الشواذ من حيث المدى والمستوى^(٦).

ومن ثم فنجد أن تحديد السواء والشذوذ لا بد أن يحدد إجرائياً عند دراسة الظواهر تجنباً لمخالب التعميم، أما تصنيفات المعوقين فهي تعتمد وفقاً للعامل الذى يؤخذ فى الاعتبار عند التقسيم، فلو نظرنا إلى سبب العجز نجد أن هناك مجموعة من المعوقين لأسباب وراثية أو أسباب خلقية التى ترجع لإصابات الجنين أثناء الحمل وعملية الوضع، ومجموعة لأسباب حوادث العمل، ومجموعة أخرى لإصابات الحروب وهكذا.

وقد يصنف المعوقين بحسب عامل الزمن والثبات مثل مجموعة المعوقين التى تضم ذوى العاهات المزمنة التى لا يرجى شفاؤها، والمجموعة الأخرى من ذوى العجز الطارئ المائل للشفاء، وتختلف الأسس التى تقوم عليها عملية التأهيل لكل منهم.

وهناك تصنيف آخر وهو معوقين أصحاب عجز ظاهر وهم أصحاب العاهات البدنية أو الحسية كالمكفوفين والمقعدين والصم والتخلف العقلى ... الخ، وأصحاب عجز غير ظاهر وهم مرضى القلب والدرن وغيرهم أى

أصحاب الأمراض التي لا تبدو واضحة أو ظاهرة^(٧).

وهناك تصنيف شائع بين العلماء للمعوقين يرتبط بمجال العجز والمعاة
ويصنف المعوقين إلى الفئات الآتية:
أولاً: المعوقون جسمياً:

وتعني هنا الإعاقة الجسمية تلك التي تنتج عن قصور أو عجز في الجهاز
الحركي، وتحدث نتيجة لحالات الشلل الدماغي، أو شلل الأطفال أو بتر
طرف من أطراف الجسم نتيجة مرض أو حادث يؤدي إلى تشوه في العظام أو
المفاصل أو ضمور ملحوظ في عضلات الجسم، وقد ترجع أحياناً إلى
العوامل الوراثية أو المكتسبة، وتشمل الإعاقة الجسمية على ثلاث أنواع من
الاعاقات نوردتها فيما يلي:

أ- المقعدون Crippled.

ب- أمراض القلب Cardiac Diseases.

ج- شلل الأطفال Poliomyelitis.

أ- المقعدون:

المقعد بصفة عامة، تعني به الشخص الذي لديه سبب يعوق حركته،
والذي كان يطلق عليه قديماً لفظ كسيح Crippled. ولقد تطور هذا المفهوم
حالياً ليشمل فئات متعددة أوسع نطاقاً من معنى «الكسيح» ليطلق لفظ
«المقعد» على تلك الحالات التي تعجز فيها العضلات، أو العظام أو المفاصل
عن القيام بوظيفتها الطبيعية، نتيجة شلل الأطفال، أو صل العظام، أو أنواع
الشلل المختلفة، بل حتى أمراض القلب ذاتها^(٨).

تعريف المقعد:

يتفق العلماء على تعريف المقعد بأنه:

«ذلك الفرد الذي تعوق حركته ونشاطه الحيوي قعدان أو خلل أو عجاة
أو مرض أصاب عضلاته أو مفاصله أو عظامه بطريقة تحد من وظيفتها
العادية وبالتالي تؤثر على تعليمه وإعالتة لنفسه».

أما الطفل المقعد، فيعرف بأنه ذلك الفرد الذى لم يبلغ ٢١ عاماً ولديه عائق خلقى، أو مكتسب بطريق المرض، أو الإصابة، أو الجروح، بحيث يصبح أو ينتظر أن يصبح غير قادر على استخدام جسمه أو عضلاته بطريقة فعالة عادية. مع استبعاد حالات الإعاقة الحسية أو التأخر العقلى أو المرض العقلى.

أسباب القعاد:

ينتج القعاد عن أسباب مختلفة، تختلف فى حدوثها وأعراضها تبعاً لحدة ونوع الأمراض التى تسبب القعاد ذاته. ورغم عدم دقة الإحصاءات فى مجتمعنا العربى التى توضح أسباب القعاد فقد نشر تقرير علمى فى الولايات المتحدة بأن نسبة الأمراض المسببة للقعاد هى: شلل الأطفال ٤٤، ٢٣ - سل العظام ١٢، ٦ - شلل تشنجى ١٤، ٢٠، عاهات خلقية ١٠، ٢١ - أمراض قلب ٨، ٢ - الحوادث ٦، ٢ - أسباب أخرى ١٦، ٢. وفى أبحاث أخرى أجريت فى مختلف أنحاء العالم ما يؤيد مثل هذا التقسيم، ويتضح منه أن شلل الأطفال يأتى فى مقدمة أسباب القعاد حيث يمثل ٣٣، ٢ من النسبة العامة، وستتناوله فيما بعد بشئ من التفصيل.

نطاق مشكلة القعاد:

المعروفون بالقعاد تتفاوت نسبهم فى كل مجتمع، حسب مقدار تعرض الأفراد للأسباب الرئيسية التى سبق ذكرها. فكلما زادت الرعاية الصحية، والنفسية فى المجتمع قلت حالات القعاد. ولقد وجد فى بعض الدراسات الحديثة أن حالات الإعاقة الخلقية مثلاً، ترجع لعدم العناية بالحامل، وعملية الوضع. وبصفة عامة القصاد حقلي لدى توفر الرعاية بكافة أنواعها للمواطنين.

وتقدر بعض الدراسات نسبة المقعدين فى أى مجتمع بأنها ٢، ٣. وتذهب دراسات أخرى لأبعد من ذلك، وتبرز نسبة عالية قد تصل إلى ٩، ١. وإذا أخذنا بالنسبة الأولى نجد أن عددهم يقدر فى جمهوريتنا بحوالى مائة ألف فرد، وهذا العدد لا يمكن الاستهانة به، بل يجب العمل على تلافي الزيادة فيه.

ويمكن إجمال حالات القعد حسب مسبباتها فيما يلي :

١- القعد بسبب العدوى والإصابة: ويتمثل هذا النوع فى السببين الرئيسيين، وهما شلل الأطفال كمرض يصيب الجسم عن طريق العدوى أو سل العظام الناتج عن الإصابة بميكروب المرض، وينتج عنه إزعاج فى العظام وبالتالى تعطيل شامل لها.

وفى هذه الحالات جميعاً يلاحظ أن التشخيص المبكر والإسراع بالعلاج يأتى بنتائج مشجعة، ولكن أقل تأخير فى ذلك يعرض المريض للإصابة بالقعد الناتج عن المرض.

٢- شلل أعصاب المخ: وهو عبارة عن خلل فى الوظيفة الحركية للجسم، ترجع إلى إصابة المخ أثناء الولادة أو بعدها. وقد يحدث هذا النوع خلل فى وظيفة اللسان أو أعصاب الصوت أو أى عضو من الأعضاء التى تحدث الكلام وكذلك عضلات الحركة. وقد يظن البعض أن هؤلاء المصابين ضعاف عقول حيث أنهم غير قادرين على ضبط حركات الجسم أو التحكم فى بعض العضلات التى تؤدى وظيفة معينة.

٣- الإصابة أثناء عملية الوضع: تحدث كثير من الإصابات فى الجنين أثناء عمليات الولادة العسرة. والملاحظ أن بعض الحالات التى يجب أن يجرى لها عمليات، تلد أطقلاً مشوهين نتيجة لتمسر الوضع، أو لعدم توفر الإمكانيات لإجراء العملية وجهل المولدة. وقد تحدث نتيجة ذلك إصابة الجنين فى عضلات القفص الصدرى، أو الذراع أو الرجل أو الساق. وعادة ماتعوق الإصابة نمو العضو المصاب.

٤- حالات متصلة بالقلب ووظائفه: كما نعلم يعتبر القلب من أهم أعضاء الجسم، ولكن باعتباره عضواً غير مرئى، فإن أصابته ينتج عنها خلل فى وظيفته كعضو أساسى للجسم - وتعتبر حالات مرضى القلب فى بعض الأحيان فى حكم الإقعد الكامل، لأنها تحتاج لمون كبير فى عمليات الانتقال وقضاء الحاجات، لذلك يعتبر مرضى القلب عامة، فى حاجة لرعاية خاصة إجتماعية وصحية حرصاً على عدم تطور الحالة وحياة المريض.

٥- العاهات والتشوهات الخلقية: وتحدث عادة أثناء نمو الجنين داخل رحم الأم. وقد يرجع السبب في التشوهات إلى عامل وراثي من جانب الأم أو الأب، وهناك بعض أنواع التشوهات يتناقلها جيل بعد جيل منها الحالات العصبية التي قد تعجز عن التحكم في التبول أو التبرز أو الحركة، وعادة ما تكون طريخة الفراش.

٦- الحوادث: وأهمها حوادث المرور والحريق والإصابة أثناء اللعب والعمل.

٧- الأورام والأمراض الخبيثة: وهذه تنتج عن خلل في وظيفة العضو بسبب الإصابة. وقد تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، أو تكون ناتجة عن خلل في نمو العظام أو الاضطرابات الناشئة في الجسم، بسبب التغيرات الكيميائية إلى غير ذلك من الأسباب التي لم تعرف بعد.

وسوف نورد في هذا الباب مرضين هامين يسببان القعاد هما شلل الأطفال والقلب وأمراضه.

ب- أمراض القلب:

أمراض القلب متنوعة ومتعددة تمثل خطورتها في أنها تمس أهم عضو في جسم الإنسان، يتحكم في سلامة حياة الفرد ويقائه، وفي إصابته بمرض من الأمراض ما يهدد هذه الحياة وهذا البقاء.

وإدراك الإنسان لأهمية هذا العضو وخطورة الإصابة فيه، يشكل مشكلة نفسية واجتماعية كبيرة لمرضى القلب وأسرههم. وهضاعف من مسئولية الخدمة الاجتماعية الطبية. وأمراض القلب مثلها مثل الكثير من الأمراض ترتبط بالسن والاستعداد الوراثي والظروف الاجتماعية والشخصية للمريض. فقد تظهر في مراحل الطفولة أو في المراهقة أو مرحلة النضوج أو في الشيخوخة.

أمراض القلب في مرحلتى الطفولة والمراهقة:

قد لا يتم الإتصال الكامل بين جزأى القلب الأيمن والأيسر. ذلك الإتصال الذى يوجد قبل الميلاد، وبالتالي لا يتم إغلاق القلب فى الوقت المناسب، ومن ثم يحدث امتزاج بين دم الوريد وبين الدم الذى اختلط

بالأكسجين الذى يدفع إلى باقى أنسجة الجسم وهذه الحالة توجد مد الولادة أيضاً حيث يكون الشريان الذى ينقل الدم إلى الرئتين أضيق من الطبيعى، ومن ثم فإن كمية الدم الذى يحصل على الأكسجين فى كل مرة تكون أقل من المعتاد، ونطلق على الأطفال الذين يعانون من هذه الاضطرابات (الأطفال الزرق) لأن وجوههم تكتسى باللون الأزرق، وهم دائماً قصار النفس ويتعبون بسهولة، كما أنهم يحتاجون إلى عناية وإهتمام أكثر من الأطفال العاديين، وتلزمهم رعاية خاصة. وهؤلاء الأطفال يعيشون حتى مرحلة الشباب، ولكنهم يندر أن يعيشوا حتى يتجاوزوا مرحلة الشباب. وتفيد الجراحة فى بعض الحالات، والأمل معقود على تقدم الطب.

ومن الحقائق المعروفة أن حوالى ثلاثة أرباع أمراض القلب تقع قبل سن الحادية والعشرين. ففى مرحلتى الطفولة والمراهقة المبكرة يتعرض الشخص للإصابة بالروماتزم الحاد فى أحد صوره، ومالم تتخذ أشد الإحتياطات، فإن القلب يتأثر بصفة دائمة^(٩).

حمى روماتزم القلب:

حمى روماتزم القلب ليست مرضاً معدياً كالأمرض الأخرى، إذ لا تنتقل من مريض إلى سليم. وعادة تحدث هذه الحمى عقب التهابات المسالك التنفسية كالأنف والوزر واللوز. والجراثيم التى تسبب تقيح الحلق أو غيره تصيب غشاء القلب بالقرب من الصمامات ويكون نتيجة الضرر الذى يحق بالصمام أو الصمامات حدوث ضيق فى الجرى مما يستلزم دفع الدم فيه عنوة. وفى حالات أخرى تتمدد الصمامات فلا تغلق بإحكام ثم يتدفق بعض الدم عائداً مع كل نبضة قلب إلى التجويف الذى أفرغ منه. وإمكان دفع الدم فى الصمام الضيق أو التصرف فى الدم الزائد الذى نتج عن الإنسياب المتراجع تحدث مضاعفات، أهمها تضخم تجاويف القلب، فتتمدها، ولكن العضلة تكون أقل قوة. ولا تستطيع أن تتقلص بقوة. وعندئذ تظهر أمراض الإجهاد وتخزن دماً أكثر فى التجاويف. كما يعود الدم من الأذين الأيسر ثانية إلى الرئتين. وينتج عن ذلك أعراض إحتقان الرئة. ويعتبر تورم الرجلين الذى يشبه الإستسقاء تماماً النتيجة النهائية لهذا المرض.

ولهذا المرض أسبابه البيئية التي أهمها المعيشة في أماكن رطبة ومزدحمة مما يساعد على إنتشار أمراض الجهاز التنفسي.

علاج مرضى القلب: مهما يكن من أمر المرض الذي يصيب القلب فإن العلاج الأساسي. هو الحد من نشاط المريض إلى الدرجة التي يحتملها القلب بغير أن يصاب بضرر جديد. ويجب أن توضع كل حالة اضطراب قلبي تحت رعاية الطبيب. فإذا قرر الطبيب وجود ملازمة المريض للفراش، فينبغي تنفيذ هذا القرار بكل دقة. وفي هذه الحالة لا يجوز للمريض مغادرة الفراش، ولهذا القاعدة أهميتها الخاصة في حالة الأطفال، الذين أصيب قلبهم بالروماتزم، لأن ملازمة الفراش فترة طويلة عند حدوث أول نوبة روماتيزم قلبية قد تتخذ المريض من ضرر بالغ الروماتزم الحاد عند الأطفال يستدعي بقاءهم في الفراش مدة قد تصل إلى ستة أشهر، إذا أريد تجنب حدوث اضطراب قلبي دائم.

ويجب إختيار الوظائف التي يقل فيها العمل اليدوي إلى الحد الأدنى لمرضى القلب، وينبغي أداء قدر معين من التدرجات مالم يأمر الطبيب بالكف عنها، فالمشي السهل أو الألعاب التي لا تقتضي قدراً كبيراً من الجهد لا تضر مريض القلب. وعموماً يجب أن يراعى المريض كل ما يتصل بحالته الصحية بوجه عام.

ولقد أحدث التقدم العلمي الطبي ثورة في تطور المرض، كما أمكن التغلب على كثير من المضاعفات وفي مقدمتها حالات الإستلقاء التي كانت تعتبر فيما مضى علامة سيئة، وذلك بفضل المستحضرات الطبية الحديثة. كما أنه في حالة انسداد أحد صمامات القلب أو تضخمه تجرى أحيانا عملية جراحية حتى يسمح للدم بالتدفق بحرية أكثر.

وقبل أن نختم الحديث عن هذا الموضوع، نقول إنه إذا أمكن السيد : على الحالات الروماتزمية في الوقت المناسب بحيث لا تحدث أى ضرر في مستهلها، وإذا التزم أولئك الذين إنتشروا في أسرهم بعض أمراض ضغط الدم بالعيلة التي تبعدهم عن الإصابة بتصلب الشرايين. لن يكون مرض

القلب هو أكثر أسباب الموت شيوعاً كما هو الحال اليوم، وإنما سيصبح أندر أسباب الموت^(١٠).

مرض القلب فى مرحلة البلوغ:

باستثناء النتائج على الإصابة بالروماتزم فى مرحلة الطفولة أو فى أوائل مرحلة البلوغ . فالإصابة بمرض الزهري، تعتبر من أقوى أسباب الضرر بالقلب فى أوائل هذه المرحلة.

مرض القلب فى الشيخوخة:

وينتج عادة من تصلب الشرايين أو تلف عضلة القلب، وقد تجتمع الحالتان معاً. ويكون نتيجة ذلك تلف عضلة القلب، وهكذا تتأثر عملية دفع القلب للدم.

ح- شلل الأطفال.

أطلق هذا الاسم على المرض منذ أكثر من مائة عام، عند ما لاحظ الأطباء أن هناك مرضاً منتشراً بين الصغار مصحوباً بأعراض شلل فى العضلات. ويتقدم البحث العلمى أمكن معرفة هذا المرض. ويلاحظ أن الغالبية العظمى من حالات الإصابة تقع بين الأطفال الرضع وسن الطفولة المبكرة، أما إصابات الكبار فهى موجودة ولكنها نادرة.

وميكروب شلل الأطفال دقيق جداً داخل خلايا الجهاز العصبى. أما أعراض المرض فأهمها الشعور بنزلة بردية خفيفة، مع إرتفاع فى درجة الحرارة وألم فى الظهر والرأس، وقد يصاحب بعض هذه الأعراض إسهال شديد أو قد يشعر الطفل بتوعل بسيط. والملاحظ أن هذه الأعراض قد تظهر فى اليوم الثانى أو الرابع للإصابة. وقد يصيب المرض الأطراف أو أعضاء الجسم الأخرى كالجهاز التنفسى أو الحجاب الحاجز أو عضلات البلع والحنجرة.

أنواع المرض:

النوع الأول: إصابة عضلات الجسم:

وتبدأ فى أجزاء كثيرة من الجسم دون ترتيب، من حيث توزيع الإصابة

على العضلات. وكثيراً ما تنكمش الإصابة وتصبح في جزء معين من الجسم، ويصاحب ذلك ضمور في العضلات المصابة مع حدوث تشوهات بها.

النوع الثاني: إصابة عضلات التنفس أو البطن:

تتميز الإصابة في عضلات التنفس والحجاب الحاجز بحدوث ضيق وصعوبة في التنفس، مع عدم إنتظامه ووجود زرقة في جسم الطفل، ويحتاج الطفل في هذه الحالة إلى وضعه في الرئة الحديدية مع إمداده بالأكسجين اللازم.

النوع الثالث: إصابات عضلات البلع والحنجرة:

ويحدث نتيجة الإصابة عدم القدرة على البلع وتغير الصوت وأحياناً يحدث اختناق نتيجة تقلص الأحبال الصوتية.

طرق العدوى: الإنسان هو ناقل العدوى الأساسي، ويوجد الميكروب في مرضعين أساسين. الأول في الحلق والثاني في الأمعاء. ولذلك تحدث العدوى عن طريق الرذاذ، أو تناول أطعمة ملوثة. والإختلاط بالمرضى من أهم عوامل إنتشار المرض.

المناعة ضد المرض: أمكن إيجاد مناعة ضد هذا المرض عن طريق التحصين للأطفال بالمصل الواقى. وهذه العملية إجبارية لجميع المواليد وتعاد ثانية عند بدء الإنتظام في الدراسة.

علاج شلل الأطفال:

يتدرج العلاج الطبي حسب حالة المريض وعادة تنتهى بالآتى:

(أ) عمل أجهزة تعويضية تساعد المريض على الحركة.

(ب) إجراء عمليات جراحية في حالات التشويه إذا استدعى الأمر.

(ج) التأهيل المهني وهي المرحلة الأخيرة من مراحل العلاج، وذلك بعد معرفة درجة العجز لدى الطفل. وبواسطة التأهيل يمكن إستخدام قدرات ومهارات الطفل المتبقية في تعليمه وتدريبه.

ولقد أحدث العلم طفرة فى احتمال إختفاء هذا المرض نهائياً. ومثال ذلك ماحدث فى تشيكوسلوفاكيا التى عممت مصل شلل الأطفال (سابين) عن طريق الفم لكل المواليد، وكانت النتيجة خلال ١١ عاماً فقط أن انخفضت نسبة الإصابات من ثلاثة آلاف حالة سنوياً إلى الصفر.

وفى مصر يحتاج الأمر فيها إلى المزيد من تكرار التحصين بمصل سابين وهو الأنسب لظروف بلادنا. ويجب تكرار التطعيم فى الأماكن والمناطق التى يشته فى عدم نجاح التحصين فيها. هذا بالإضافة إلى حملات توعية وتنظيمات طبية لتطعيم الأطفال الجدد، الذين يبلغون سن التحصين، وهذا أسهل بكثير من محاولة علاج الإصابات بالمرض، الذى يعتبر مشكلة صعبة تلازم، للطفل طول حياته^(١١).

ثانياً: المعوقون حسيًا:

وتتمثل هذه الإعاقات بحواش الإنسان كالبصر والسمع والنطق والكلام، وهى تؤثر على الوظائف البيولوجية التى تؤدىها الحواس وتسبب له مشاكل فيسيولوجية واجتماعية متعددة وستقوم بعرض موجز لهذه الفئة:

أ- المكفوفون وضعاف البصر.

يظهر كف البصر نتيجة لأسباب عضوية وراثية أو ولادية أو مكتسبة، حيث تحدث نتيجة حادث أو مرض مثل التراكوما وغيرها من أمراض الرمد المعروفة، كما قد يكون كف البصر بصورة كلية أو جزئية، كما توجد أسباب أخرى لكف البصر كنقص الفيتامينات وسوء التغذية، ككل، كما تؤدى الإضطرابات الإنفعالية الحادة إلى العمى الهستيرى.

ويقصد بالكفيف من المنظور الإجتماعى الفرد الذى لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الإبصار عديمة القيمة إقتصادياً أو من كانت قدرة بصره من الضعف بحيث يعجز عن مواجهة عمله العادى^(١٢). والكفيف فى جمهورية مصر العربية هو الفرد الذى لا يستطيع أن يعد الأصابع على بعد متر واحد فى كل الظروف^(١٣).

وتوجد مجموعة من الآثار المترتبة على كف البصر مرتبطة بشخصية الكفيف تذكر منها:

- ١- الآثار الناتجة عن عمليات النمو العقلي كالتصور والتخيل.
- ٢- التأثير على قدرة الفرد وعملية التفاعل الوجداني.
- ٣- عدم إدراك الكفيف للبيئة المحيطة به.
- ٤- عدم قدرته على الحركة بحرية.
- ٥- عدم الشعور بالأمن والثقة بالنفس ويؤدي ذلك إلى الغزلة الاجتماعية والإنطواء.

ب- الصمم وضعاف السمع:

يعتبر الأصم هو الشخص الذي فقد سمعه ولا يمكن إستخدام حاسة السمع في حياته اليومية، وقد يحدث الصمم بصورة خلقية مورثة قبل الولادة وأثناء الحمل، وذلك نتيجة لإصابة الأم بالحصبة الألمانية، أو إختلاف عامل الدم (R.H).

ويوجد نوعان أساسيان للصمم وهما الصمم الخلقي الذي يحدث نتيجة عوامل عدة منها العوامل الوراثية كالإصابة بالزهرى، نقص الأكسجين في دم الطفل، تناول العقاقير أثناء مرحلة الحمل، أما النوع الثاني فهو الصمم المكتسب وذلك نتيجة أسباب مكتسبة بعد الولادة نتيجة حادث معين، أو الإصابة بالحمى القرمزية أو الحصبة أو الإلتهاب السحائي أو نتيجة لمضاعفات العملية الجراحية في الأذن.

ويعرف ضعاف السمع بأنهم الأفراد الذين لديهم ضعف في السمع يحول دون تعليمهم الكلام أو الإتصال اللغوي والفكري، ويتراوح السمع لديهم بين ٢٠ - ٦٠ وحدة صوتية، أما إذا زادت هذه النسبة إلى ٩٢ وحدة صوتية فيعتبر الفرد أصماً تماماً.

جـ- البكم وضعاف النطق والكلام:

تتضمن هذه الإعاقة فئات متعددة منها المعجز الكلي عن الكلام أو القصور الجزئي، أو فقدان القدرة على النطق بدرجاتها المختلفة مثل الكلام التشنجي والثأثأة والفأفة واللجلجة وهي التردد في الكلام بسبب العيوب العضوية، وترجع أسباب ذلك إلى العوامل الوراثية أو خلال فترات الحمل

والولادة، أو لأسباب مكتسبة بعد الولادة مباشرة أو في خلال مراحل النمو المختلفة نتيجة للإصابات والأمراض العضوية والنفسية^(١٤).

ثالثاً: المعوقون عقلياً:

تعتبر الإعاقات العقلية من أهم الإعاقات التي تشكل نسبة عالية من المعوقين على المستوى العالمي، حيث تصل هذه النسبة إلى ٢٪ (أى ثلث إجمالي المعوقين بصورة عامة) وتعتبر هذه نوع من العجز العقلي والنفسى للفرد للتكيف مع بيئته الاجتماعية، والتي تصل إلى مرحلة عليا من السلبية الاجتماعية، نتيجة لعدم الإدراك والتصرف المناسب في المواقف المختلفة، والتي تؤدي إلى فشل في السلوك وتكوين العلاقات الاجتماعية.

وترجع أسباب الإعاقة العقلية مثل غيرها من الإعاقات الأخرى لمجموعة من العوامل الوراثية أو البيئة المكتسبة، كما شاعت الكثير من تقسيمات ضعاف العقول ومنها التقسيم التقليدي الذي يعتمد على درجات ونسب الذكاء:

أ- المتوهمين: وتصل نسبة الذكاء لديهم أقل من ٢٥.

ب- البلهاء: ونسبة الذكاء لديهم ما بين ٢٥ - ٥٠.

ج- المأفونين (المورون): وتصل نسبة الذكاء لديهم بين ٥٠ - ٧٠.

أما نسبة ذكاء الطفل العادي تتراوح ما بين ٩٠ - ١١٠ ويعتبر من تزيد نسبة ذكائهم عن النسبة السابقة من الأذكياء والعباقرة.

وبصورة موجزة توصف هذه الفئات الثلاث السابقة بلوى الإعاقات العقلية وهي التخلف العقلي البسيط، والمتوسط، والشديد، وتعرف هذه الفئة عموماً بفئات المتخلفين عقلياً Mentally Retarded كما توجد فئة أخرى وهي أكثر تخلفاً، وتسمى بفئة مرض العقول Mental Disorders وتشمل حالات الجنون والحالات العصائية والهستيرية بأنواعها، والذهانية (الفصام - سكزوفرنيا، والفوبيا، البارانويا وغيرها). وعلى أية حال، سوف نشير هنا إلى أهم فئات مرضي العقول والتي توصل حالانها بالإعاقات العقلية الشديدة وهي بإيجاز كالآتي:

(أ) **الفصام Schizophrenia**: يشير هذا المرض العقلي إلى حالة مرضية شديدة وتعكس تفكك الشخصية بصورة عامة من ناحية الإنفعال والنشاط الحركي والبعد عن الحياة الواقعية إلى عالم خيالي يتسم بالعزلة الشديدة. كما تبدو أهم أعراض هذا المرض، في صور متعددة من الهلاوس والهذيان للأشكال الواقعية. وإعتبارها خاطئة تماماً. كما تظهر أعراض جسمية أخرى على المريض مثل عدم الإتران للجهاز العصبي، وبرودة الأطراف، وتغير لونها، وإتساع حلقة العين، علاوة على ذلك، يتصف المريض بالخمول والبلادة، وتنتابه أفعال إنفعالية مفاجئة إستجابة الهلاوس، كما تظهر للكثير من أعراض التفكير الفصامي واضطرابات السلوك ككل.

وتوجد أنواع متعددة للفصام، حسب تصنيفات علماء النفس له، مثل: الفصام البسيط، والطفلي، والتخشيبي، والهذائي، والوجداني، والمراهقي، والنمط للتران وغير المتمايز. أما أسباب حدوث الفصام، فما زال يوجد خلاف بين العلماء لتحديد أهمها، حيث يرى البعض، أن سبب حدوث الفصام سبب عضوي ويرى البعض الآخر، أن الأسباب، أسباب سيكوسوماتي. ولهذا يختلف كثيراً حول تحديد مدخل العلاج له. ولكن تؤكد الدراسات الحديثة، أن الفصام يرجع إلى الأسباب السابقة مجتمعة سواء أكانت عضوية أم سيكوسوماتية. كما كشفت إحدى الدراسات الحديثة، حول الإضطرابات العقلية في مدينة الإسكندرية عن وجود معدلات عالية ترتبط بين حدوث الفصام والحياة الأسرية والإجتماعية المضطربة، وإلى تغير الظروف الإقتصادية. كما كشفت عن نتائج هامة، حول علاقة هذه الأمراض والطبقة الإجتماعية والبيئية الأيكولوجية، والتثنية الإجتماعية^(١٥).

(ب) **البارانويا Parnoiar**: ويطلق على هذا المرض باللغة التقليدية الشائعة (يجنون العظمة)، وهو يعكس نوعاً من الذهان الوهمي. والذي يظهر في أفكار متسلطة، ويعبر عن مجموعة كبيرة من الأمراض النفسية والعقلية المتداخلة مثل، حالات الأوهام الهسترية، والفصام الهذائي، وتظهر حالات البارانويا الشديدة، عندما تظهر مجموعة من الأوهام الذهانية المستديمة حول فكرة معينة، وتسيطر على المريض وتوجه سلوكه وتصرفاته، ويتخيلها على أنها الواقع الفعلي كما يربط العديد من العلماء بين هذا المرض (وخاصة علماء

التحليل النفسي)، وبين العقد النفسية الشديدة مثل عقدة أوديب.

وتتعدد العقائد الذهانية الوهمية للمريض في صور أشكال متنوعة وهي: البارانويا الإضطهادية، وبارانويا العظمة، والغيرة، وبارانويا العشق (حيث يتصور المريض بأنه معبود الجماهير) وترجع أسباب الإصابة لمجموعة من الأسباب، وبعضها معروف، والآخر مازال حوله الكثير من الاختلافات، ومن أهم تلك الأسباب المعروفة، التي تنتج عن المشكلات الاجتماعية الأسرية، وخاصة علاقات الطفل بالديه، وطبيعة التربية غير السليمة، والمشكلات الجنسية الغيرية، وعموماً يرجع الكثير من العلماء، بأن حالات كثيرة للبارانويا تعبر عن إنعكاسات مميزة لمشاعر المريض وإحساساته اللاشعورية، والتي تتخذ لها صورة ذهانية وهمية، وترتبط بالكوين النفسى، وإضطرابات النمط العقلى والجنسى.

(ج) ذهان الهوس والإكتئاب Mocnic - disprssive Psychosis

ويطلق على هذا المرض اسم الذهان الدورى، نظراً لحدوثه في صور نوبات دورية متكررة تعقبها حالات من الإكتئاب. ولكن في كثير من الأحيان تتخلل هذه الفترات حالات من الهدوء النفسى للمريض ويبدو كأنه في حالة طبيعية ومن أهم سمات هذا المرض وأعراضه المختلفة الأخرى، إن كثيراً من حالات المرض تظهر بصورة فجائية وتدرجية، كما يحدث المرض بصورة تلقائية، وهناك احتمالات العودة إليه بعد العلاج، ولهذا المرض الكثير أيضاً من المظاهر الهذائية والهلاوس المختلفة.

وتنتاب للمريض حالات من الفرح والحزن المتعاقبة. ويشعر بالإفاق والتعب وقلة النوم، ويثار بسرعة ولأبسط الأشياء. كما تظهر له سلوكيات خطيرة تصل إلى ارتكاب الجرائم العدوانية المختلفة، وادمان المشروبات الكحولية والمخدرات. وكثيراً ما يشعر بالإكتئاب والشعور بالذنب إلى حد التفكير فى الإنتحار. وعموماً، يعتبر هذا المرض من أكثر الأمراض العقلية إنتشاراً، حيث تبلغ نسبة المصابين به ٢٨ من إجمالى مرضى المستشفيات العقلية، ويبلغ متوسط العمر للمرضى ٤٠ سنة، ونسبة الإناث إلى الذكور ٣ - ٢ تقريباً.

رابعاً: الإعاقات الإجتماعية:

يعتبر مفهوم الإعاقات الإجتماعية، من المفاهيم الحديثة التى يطرحها بعض علماء الاجتماع والنفس والطب النفسى الإجتماعى وغيرهم، وذلك إيماناً منهم بمدى إرتباط مفهوم الإعاقة بنوعية الحياة الإجتماعية والبيئية التى توجد فى المجتمع ذاته ويسمى هؤلاء العلماء للتعبير عن أفكارهم الأساسية، عند تناول أى مشكلة اجتماعية تحدث فى المجتمع الحديث، فطبيعة هذه المشاكل قد تظهر فى جماعة أو جماعات أو فى مجتمعات محلية متغيرة. ومن ثم، يجب أن نعالج هذه المشاكل من ناحية التعرف على أسباب حدوثها ونتائجها السلبية على كل من الفرد والمجتمع.

علاوة على ذلك، ضرورة تحليل نوعية إرتباط هذه المشاكل بالظروف الاقتصادية والسياسية والإجتماعية التى توجد فى المجتمع. وما من شك، أن للموامل البيئية والمجتمعية تأثيرات متعددة، على تكوين المشاكل الإجتماعية المختلفة.

ومن هذا المنطق، وفى إطار تحليل دراسة مشكلة المعوقين، نجد الكثير من الآراء، التى تسعى جاهدة لضرورة تغيير مفهوم الإعاقة ذاته، والذى لا يجب أن يقتصر فقط على المفهوم التقليدى الشائع، وتصنيف المعوقين حسب حالته البيولوجية والطبية الإكلينيكية فقط. بقدر ما يجب أن نشير إلى «إعاقات إجتماعية» أو معاقين إجتماعياً وهذا بالفعل، ما يوجد فى الواقع. ومن ثم، يمكن تصنيف حالات أو فئات معاقة إجتماعياً مثل الأحداث، أو الأحداث الجانحين، والعاطلين، والأميين، والمتسولين، والأرامل والأيتام، وكبار السن، ومدنى الكحوليات والمخدرات والمتشردين والمجرمين وغيرهم.

وفى حقيقة الأمر، نجد الكثير من إهتمامات الباحثين بقضية المعوقين تتركز على التصنيفات التقليدية للمعوقين إنطلاقاً من تحديدهم حول فئة المعاقين، أو من هو المعاق بالفعل. ولكن يغيب عن إدراكهم مدى أهمية النظر إلى الفئات المعاقة إجتماعياً، والتى يجب أن توجه إليها سياسات الرعاية والتأهيل الإجتماعى والنفسى والمهنى، حتى لاتصبح هذه الفئات، فئات معاقة ويحمل مسئولياتها كل من الفئات القادرة والمجتمع الذى يعيشون فيه.

وبصورة موجزة، أن هناك الكثير والكثير من مظاهر وأعراض الإعاقات الاجتماعية، وتتعدد تلك الفئات في المجتمع. كما توجد العديد من الأسباب التي تؤدي إلى حدوث تلك الإعاقات وتفاقم نتائجها السلبية على الفرد المعاق اجتماعياً والمجتمع ذاته، وهذا ما يسمى حديثاً بالأمراض الاجتماعية، التي يجب أن توجه إليها السياسات الاجتماعية للحد من هذه الإعاقات والعمل على دمجهم اجتماعياً.

خامساً: متعدّد الإعاقات (أو ذو الإعاقات المتعددة) Multi Handicapped

ويقصد بهذه الفئة من المعاقين، الأفراد الذين يعانون من أكثر من إعاقة واحدة في نفس الوقت مثل الشلل مع التخلف العقلي أو الإعاقات الحركية والسمعية البصر والبصير، أو التخلف العقلي مع عيوب الكلام وضعف السمع والبصر وغير ذلك من إعاقات مزدوجة أو مركبة أخرى.

وما من شك، أن هذه الفئة تعاني من مشاكل اجتماعية ونفسية وتأهيلية متعددة نتيجة لطبيعة الأمراض التي تلازمهم، والتي تتميز بأغلبيتها بأنها أمراض أو إعاقات مترتبة. كما تختلف خصائص أو سمات الفرد من ذوي الإعاقات المتعددة بنوعية إستعداده للتدريب والتأهيل المهني أو التكيف والتفاعل النفسي والاجتماعي، وبالطبع يتحدد ذلك في ضوء نوعية الإعاقات ودرجات شدتها، وأثارها على المعوق نفسه. وكثيراً ما يعاني أصحاب هذه الفئة من المعاقين بالفشل مع أساليب الرعاية والتأهيل، نظراً لحالات الإحباط النفسي الشديدة التي تنتج عن جملة الإصابات أو العجز الذي يعانون منه. وتزداد مشكلة متعدّد الإعاقات من آثارها النفسية الاجتماعية على أسر هذه الفئة، كما يشعر كل من المعاق وأسرتة بالنبذ الاجتماعي، ومشاعر النقص والعزلة، والإحباط والتوتر النفسي والعصبى كما تظهر بعض المظاهر السلوكية الشاذة والمصاحبة للأمراض المتعددة، لذوي الإعاقات المتعددة مثل السلوك العدواني، والمنحرف والإنطوائي، وكثير من مظاهر السلوكية غير التوافقية.

وتعتبر عمليات التأهيل والتدريب المهني والنفسي والاجتماعي، من العمليات المكلفة إقتصادياً، سواء على الفرد أو الأسرة أو المجتمع، مما يؤثر

ذلك على مواصلة هذه العمليات، والقصور في كثير من الأحيان في مجال علاج ورعاية تلك الفئة، المعاقة وخاصة في المجتمعات الفقيرة أو النامية^(١٥).
وسنقدم في الفصول القادمة شرحاً تفصيلاً عن هذه الإعاقات بهدف توضيحها للقارئ، للتعلم في إدراك الأسباب وطرق التعامل معها.

مراجع الفصل الثالث

- ١- محمد سيد فهمي، السلوك الإجتماعي للمعوقين دراسة في الخدمة الإجتماعية المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ٤٦ - ٤٧.
- ٢- رمضان القضاة، سكيولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، ١٩٩٣، ص ٣٨ - ٣٩.
- ٣- محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص ٤٧.
- ٤- محمد مصطفى أحمد، الخدمة الإجتماعية في مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ٩٧ - ٩٨.
- ٥- عبد الله محمد عبدالرحمن، سياسة الرعاية الإجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦، ص ١٤٢ - ١٤٨.
- ٦- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٢، ص ٣.
- ٧- أنظر في هذا الشأن كل من:
- محمد عبد النعم نور، الخدمة الإجتماعية الطبية والتأهيلية، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٧٣، ص ١٥٧.
- محمد سيد فهمي، المرجع السابق، ص ٤٣ - ٤٥.
- ٨- مختار حمزة، سكيولوجية ذوات الإعاقات، دار المعارف بمصر، ١٩٥٦، ص ٣٢ - ٣٨.
- ٩- عطيات ناشد، عبد الفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، ١٩٧٩، ص ٢٣١ - ٢٣٨.
- ١٠- سليمان عزمي، على هامش الطب، الجزء الثاني، دار العلم، القاهرة، ١٩٦٣، ص ٤٩.
وأنظر أيضا:
- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الإجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، مرجع سابق، ص ٣٢٣ - ٣٣٠.
- ١١- عطيات ناشد، عبد الفتاح عثمان، المرجع السابق، ص ٢٣٩ - ٢٤٢.
- ١٢- عبد الفتاح عثمان، المرجع السابق، ص ٥٥.

- ١٣- لطفي بركات، الفكر التربوي في رعاية الطفل الكفيف، مكتبة الخانجي، القاهرة، ١٩٧٨، ص ١٥.
- ١٤- محمد مصطفى أحمد، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين، المرجع السابق، ص ٦٩ - ٧٢.
- ١٥- عبد الله محمد عبد الرحمن، سياسة الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ص ٢٩ - ٣٣.
- وحول مفهوم الإعاقة وتصنيفاتها يمكن الرجوع إلى كل من:
- Hodges, B., Handicapp or Sepcial Nedd? "In J.Clark & J. Henderson (ed.) Community Health, London: Churcill Livingstone, 1983.
 - Harris, H.C. Handicapped and Impaired In Great Britain London: Homoes Publish Co., 1979.
 - Townsend, P.Poverity In The United Kingdom, Hamondsworth, Penguin, 1979.
 - Diana M. Dinitto and Thomas R Dye, Social Welfare Politics and public Policy Prentice Hall, Inc, N.J. 1983.

الفصل الرابع

الإعاقات الحسية (كف البصر)

تقديم

- أنواع الحواس
- الإعاقة البصرية (كف البصر) ويشمل:
 - أسباب فقد البصر.
 - شخصية الكفيف ومشكلاته.
 - إرشادات للتعامل مع الكفيف.
 - برامج رعاية المكفوفين.
 - دور الخدمة الإجتماعى مع المكفوفين.

المراجع

الإعاقات الحسية

تقديم:

تعتبر الحواس من أهم الموضوعات التي احتلت مكانة خاصة لدى علماء الطب خلال القرنين الماضيين، بعد أن استفحلت مشكلاتها وانتشرت أمراضها بعد فترة طويلة من توجيه الاهتمام بجسم الإنسان وآلامه البدنية.

ولقد وهب الله الإنسانية خمس حواس هي البصر والسمع والشم واللمس والتذوق ليربط بينه وبين بيئته حياتياً واجتماعياً ونفسياً وعقلياً، ويعتمد الإنسان في نشاطه الحيوى على حاسة البصر تليها حاسة اللمس فالسمع، ثم الشم وأخيراً التذوق، ويكون الإنسان قدرته على الإدراك نتيجة لما يحصل عليه من إحساسات عن طريق هذه المستقبلات التي تميزه وتجعله مستفيداً من خبرات غيره، أو مبتكراً مبدعاً، وتعتمد سرعة الإدراك على سرعة وسهولة اتصال مناطق الدماغ المختلفة، التي تحتزن التجارب السابقة، وكذلك على يقظة الفرد وحسن انتباهه لما يدور حوله، وكذلك القدرة على استخلاص النتائج على ضوء هذه التجارب، بل واستنتاج المعاني الحقيقية المتعمقة من الظواهر العادية، ويعتبر الجهاز العصبي منفذ الإنسان للعالم الخارجى، حيث يرى خلاله ويحس ويسمع ويشتم ويتذوق ويشعر بالوجود، وبدون الجهاز العصبي لا يمكن التمييز بين الأشياء وعكسها أو ماعداها^(١).

ويتصل الجهاز العصبي المستقبلات، أهمها الحواس الخاصة، التي تقوم، كما سبق أن أوضحنا مجمع المعلومات والتغيرات التي تحدث حولنا على هيئة تنبيهات كهربائية، تصل كلها في النهاية إلى الدماغ الذى يمكنه من قراءة تلك التنبيهات وترجمتها إلى شعور بالوجود وتمييز الحياة والتفاعل معها، وقدرة الدماغ البشرى على الاحتفاظ بالمعلومات وضمها والشعور بها جعله فى غاية الشراهة لتقبلها. فهو لا يخمد أبداً حتى النوم.

أما الحواس الخاصة بالبصر والسمع. الخ فهي بمثابة المحرك للدفاع والتي بدونها يعتمد العقل البشرى ويضمحل الشعور وينتهى الأمر بفقدان الشخصية المميزة والتفطن وحتى الوجود فى الحياة. ونستخلص مما سبق إن إحساساتنا ومانشعر به ومانقوم به من أعمال، يعتمد كله على الجهاز

العصبى الذى يحصل على غذائه اليومى من الحواس المختلفة عن طريق المستقبلات الخاصة. وسناقش هذا الفصل أنواع الحواس الإنسانية ووظائفها ثم التطرق إلى الإعاقات التى تصيب هذه الحواس.

أنواع الحواس:

أولاً: حاسة الإبصار:

تعتبر حاسة الإبصار من أهم، وأنفع الحواس كلها للإنسان، إذ تتوقف عليها معظم مايملك من تمييز وإنتابه وإدراك. وتعتبر مقله العين فى تكوينها جزءاً من الدماغ تشترك معه فى أجزاء خارجية لحفظها ومساعدتها على القيام بوظيفتها، والعين هى منفذ الدماغ إلى العالم الخارجى، ونافذه لمعرفة مايحيط به من عوامل، وإدراك مايقابله من تأثيرات خارجية، فعين الأخصائى الإجتماعى المنتبهة للتغيرات المختلفة على وجه العميل: لها قيمتها فى عملية الدراسة والتشخيص والعلاج.

وكما أن العين هى منفذ الدماغ إلى الخارج، نجدها أيضاً منفذاً داخلياً للجسم، فالطب يستخدم فحص قاع العين لارتباطه ببعض الأمراض قبل استفحالها.

وتتكون مقله العين من ثلاث طبقات، الطبقة الخارجية وهى طبقة واقية محتوى المقله وتشمل الصلبة والقرنية، والطبقة الوسطى ووظيفتها تغذية أنسجة المقله بواسطة ما محتويه من أوعية دموية شديدة، والطبقة الداخلية وتتمثل فى الجزء الحساس المستقبل للضوء.

ثانياً: حاسة اللمس:

وهى حاسة الشعور بالأشياء عند ملامستها، وتتركز هذه الحساسية فى الجلد الذى يغطي الجسم من الخارج وهى ضرورية للحماية، وتنبية الدماغ بمؤثرات نلمسها لتمييزها، فإذا كانت ضارة ابتعدنا عنها أو نأفقه نسعى إليها.

وبناء على ذلك يمكن للدماغ أن يدرك المعلومات الآتية:

- ١- تحديد الجزء من الجسم الذى تعرض للمؤثر حتى يستطيع حماية ذلك الجزء بتحريكه بعيداً عن المؤثر إذا كان ضاراً.

٢- معرفة نوع المؤثر فيميز الجسم الحاد المعلن عن الألمس الناعم.

٣- الشعور بدرجة حرارة المؤثر.

ثالثاً: حاسة السمع:

تختص الأذن في الإنسان بجمع وتكبير وتوصيل واستقبال الموجات الصوتية إلى مركز السمع في الفصل الصدغي بالدماغ الذي يسجله بدوره ليدرك معناه. ويتكون هذا الجهاز من ثلاثة أجزاء متتالية تسمى الأذن الخارجية وتتكون من غضروف الصوان وعصام قناة الأذن الخارجية ووظيفتها تجميع الموجات الصوتية وتوصيلها إلى غشاء الطبلة، الأذن الوسطى وتحتوى على ثلاث عظيمات دقيقة هي المطرقة والسندان والركاب وتكون مع بعضها قنطرة عظيمة متحركة لتوصيل الموجات الصوتية من الطبلة إلى الأذن الداخلية التي تنقسم إلى جزأين متباين في الوظيفة، الجزء الأول ويعرف بالجزء القوقعي خاص باستبدال الموجات الصوتية وتوصيلها إلى مركز السمع بالدماغ تميزها وتذكرها والتعرف على معانيها، والجزء الثاني ويعرف بالجزء الحويصلي خاص بتوازن وإعتدال الإنسان في الأوضاع المختلفة له وهو يتأثر بالحركة أو بتغير الاتجاه عن طريق جاذبية الأرض.

رابعاً: حاسة الشم:

تركز حاسة الشم في الغشاء المخاطي لأعلى تجويف الأنف في منطقة يختلف لونها عن باقي الغشاء المخاطي، وتعتمد على الغازات التي تنبعث من المادة، وتصل إلى الأنف مع هواء الشهيق، ثم تذاب في إفرازات الأنف لتؤثر في نهاية الأعصاب الخاصة بالشم التي توصلها بدورها إلى مركز الشم بالفص الصدغي من الدماغ.

خامساً: حاسة التلوق:

يعتمد الإنسان في كل الحاسة بدرجة أقل من سابقتها، وقد يقتصر هذا الاستعمال على تذوق الطعام فهي تتركز في اللسان تقريبا حيث يوجد في غشائه المخاطي حلقات مختلفة الشكل أكبرها حجماً موضوع في صف بين الثلث الخلفي والثلثين الأماميين لظهر اللسان وتنب تلك الحلقات

بمادة مزابة في السائل ومنها تنقل الحاسة عن طريق أعصاب خاصة إلى مركز التذوق في الفصل الصدغى بالدماغ، حيث يدركها حسب التعود، وللإنسان أربعة مزاقات أولية فقط هي الحلو والمر والملح والحامض، ويمكن تدريب هذه الحاسة حتى تصير قوية، ويستعملها الذواق في كثير من الأحيان ربما أهمها التدخين وطهي المأكولات كما أنها تضيء على الإنسان لونا من البهجة والتقبل للأشياء^(٢).

وبعد تقديمنا لأنواع الحواس التي منحها الله سبحانه وتعالى للإنسان ووهبها الخالق لكافة الكائنات الحية التي تعيش على الأرض وتسبح في ملكوته وتسبح بقدرته، سنقوم بتقديم عرض مفصل لنوعين من الإعاقات الحسية.

الإعاقة البصرية (كف البصر)

كلمة كفيف لغوياً مستمدة من كف البصر ومعناه حجب الأبصار، وهناك الفاظاً كثيرة تستخدم للتعريف بالشخص الذى فقد بصره، فأحياناً تستخدم كلمة الأعمى، وأحياناً أخرى تستخدم كلمة الكفيف أو الضريع^(٣).

ويعرف الكفيف بأنه «الشخص الذى لا يستطيع أن يجد طريقة دون قيادة فى بيئة غير معروفة لديه، أو من كانت قدرته على الأبصار عديمة القيمة الاقتصادية أو من كانت قدره بصره من الضعف بحيث يعجز عن مراجعة عمله العادى»^(٤).

التعريف التربوى للكفيف هو ذلك الشخص الذى يقل درجة إبصاره عن ٢٠٠/٢٠ فى العين الأقوى وذلك باستخدام النظارة، لأن مثل هذا الشخص لا يمكنه الاستفادة من الخبرات التعليمية التى تقدم للمعاقين، أما الأفراد الذين تتراوح درجة إبصارهم ٧٠/٢٠ إلى ٢٠٠/٢٠ فى العين السليمة بعد العلاج فيعتبرون مبصرين جزئياً.

وبناء على ما تقدم يمكن تقسيم المكفوفين إلى الفئات الآتية:

أ- المكفوفين كلياً وهؤلاء الذين ولدوا عمياناً أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

ب- المكفوفين كلياً وهؤلاء الذين أصيبوا بالعمى بعد سن الخامسة.

ج- المكفوفين جزئياً: وهؤلاء الذين ولدوا أو أصيبوا بالعمى قبل سن الخامسة.

د- المكفوفين جزئياً: وهؤلاء الذين أصيبوا بالعجز بعد سن الخامسة.

ويرجع السبب فى إختيار سن الخامسة كحد لتقسيم هذه الفئات هو قائم على إفتراض مؤفاه أن من يفقد بصره - جزئياً أو كلياً قبل سن الخامسة لا يمكنه الإحتفاظ فى كبره بالصورة البصرية السابقة على فقده للإبصار.

أسباب فقد البصر:

للعلى أسباب متعددة أهمها بالترتيب:

أولاً: عوامل وراثية:

هناك عوامل وراثية تؤثر فى الجنين قبل الولادة فمثلاً يعتبر مرض الجلو كوما وعمى الألوان وكبر حجم القرنية، وطول النظر، وقصره من الأمراض التى يلعب فيها العامل الوراثى دوراً هاماً . كما أن هناك العديد من المضاعفات والأمراض التى تؤثر بطريقة غير مباشرة على قوة الإبصار وكف البصر مثل مرض الزهري والسكر. وكذلك العتامة خلف عدسة العين التى تصيب الأطفال الذين يولدون قبل مولدهم الطبيعى^(٦).

ثانياً: عوامل بيئية:

وهى إما بسبب:

١ - الأمراض المعدية.

٢ - الأمراض غير المعدية.

٣ - الحوادث والإصابات.

وسنقوم بتوضيح هذه العوامل فيما يلى:

١ - الأمراض المعدية:

ساعد إكتشاف الأدوية المضادة للإلتهابات والعقاقير الصحية والأمصال الواقية وغيرها من العقاقير الحديثة، الناجحة فى مكافحة الأمراض المعدية التى تؤدى إلى خطر فقدان البصر مثل الزهري والجدري والدفتريا والحمى القرمزية والحصبة والسل الرئوى ويعتبر مرض التراكوما وهو من الأمراض المعدية التى لايزال من أهم أسباب فقد القصر خاصة فى البلاد الفقيرة.

٢ - الأمراض غير المعدية:

هناك أمراض أخرى قدى يتسبب عنها فقدان البصر مثل السكر وتصلب الشرايين، وأمراض الجهاز العصبى، وققر الدم... الخ.

كذلك هناك حالات كثيرة تهدد بفقد البصر مثل المايوييا الخبيثة

والجلوكوما والكترأكت وإن كان يمكن الحد منها عن طريق العلاج الصحيح، والعمليات الجراحية الدقيقة.

٣- الحوادث والإصابات:

تقع بعض حالات فقد البصر نتيجة للإصابات في المصانع كإستخدام بعض المواد الكيميائية الجديدة، والنظائر المشعة... الخ كلها تشكل خطراً جديداً على العين ولكن إتباع الوسائل الملائمة للوقاية أدى إلى خفض حالات إصابات العين إلى حد كبير^(٧).

كما أن الكوروات والمصى، والأحجار، والسكاكين، والبنادق ولسااخ الدفأيات والأقلام... الخ كلها قد تؤدى إلى حدوث إصابات العين، ولهذا لابد من إتخاذ الحيطة والحذر خاصة أثناء لعب التلاميذ في المدارس وغيرها ذلك لأن حوالى ٨٥ ألف حالة من حالات إصابات العين تحدث للتلاميذ كل عام نتيجة عدم الإشراف على لعبهم^(٨).

شخصية الكفيف:

لكف البصر أثر على شخصية الكفيف حيث تؤدى الإعاقة البصرية إلى فرض حدود معينة على إدراك الكفيف لما يحيط به من أشياء وأشخاص فى بيئته المباشرة وعلى نوع ومدى الخبرات التى يحصل عليها وتؤدى الإعاقة أيضاً إلى الحد من قدرة الكفيف على الحركة والمشى والحد من مدى إتصاله بالبيئة الطبيعية ومدى سيطرته عليها^(٩).

وبمكتنا أن نرسم صورة عامة لشخصية الكفيف فى النقاط التالية:

- ١- أنه يميل إلى عدم الخوض فى المغامرات الاستطلاعية التى قد تعرضه للأذى ولذلك فهو يكتب دافئاً إنسانياً أصيلاً هو حب المعرفة.
- ٢- نتيجة لذلك فحسيلة معرفة الكفيف عن البيئة ناقصة نتيجة لعدم رؤيته ونتيجة لعزوفه عن المغامرات الإستطلاعية ممايزهد من شعوره بالمعجز والنقص.
- ٣- تعرضه لموقف السخرية من المبصرين تجعله يفسر هذه المواقف بأنها اضطهاد له وإساءة إليه أما السبب فهو برأيه لأنه كفيف.

٤- نتيجة لتعرضه للشفقة والرأفة وتوفير الحاجات له خاصة من أهل بيته وترديد أنه «مسكين عاجز» على مسمع منه يجعل شخصية إنكالية.

٥- نتيجة للتناقض الذى يحدث للكفيف من معاملة تتسم بالقسوة من بعض الناس فى البيئة ومعاملة أخرى تتسم بالإستجابة لكل مطالبة والعفو عنه إذا أخطأ لا لشيء إلا لأنه كفيف تجعله يفضل العزلة وممارسة بعض ألوان النشاط الفردى لساعات طويلة.

٦- تتباب الكفيف أنواع من القلق نتيجة للصراعات والخاوف التى يتعرض لها.

٧- يلجأ الكفيف لأنواع من الحيل الدفاعية لمواجهة أنواع الصراخ والخاوف التى تعتريه ومن أهمها التبرير والكبت والتعويض^(١٠).

— أثر كف البصر على شخصية الكفيف:

ويرى أطباء الصحة العقلية أن العمى المبكر يطبع بسمات ضعف الثقة بالنفس وعدم الشعور بالأمن والشعور بالتبعة ومن ثم إلى العزلة والإنطواء.

أما العمى المفاجيء الذى يصيب صاحبه بالإنقياض وفى بعض الحالات قد يتحول إلى سلوك عدوانى^(١١).

ويذكر «كارل ميننجر» Karl Meninger، بأن هناك مشكلات ترتبط بكف البصر من أهمها.

أ- مشكلات ذاتية

١- يؤثر كف البصر على نمو العمليات العقلية كالتصور والتخيل. وهى تلك العمليات التى تعتمد أساساً على البصر وخاصة لهؤلاء الذين أصيبوا بفقد البصر منذ الطفولة المبكرة أو ولدوا مكفوفين.

٢- يؤثر كف البصر على قدرة الشخص على الإستثارة والتفاعل الوجداني تلك العمليات التى تعتمد على رؤية الحركة والاستمتاع بالمشاهدة هذه وفقدان الكفيف لهاتين الرغيفتين يعطل جانباً هاماً من جوانب الشخصية المتكاملة التى تحس الجمال وتسعى إليه. بل إن إغتماد الكفيف على تصوره اللقى لهذه المدركات يجعل منه أسير تصورات، خاصة قد يشوبها التعموض والرهبه.

٣- عدم إستطاعة الكفيف الحركة في حرية، يطبع حياته بدرجات متفاوتة من الإتجاهات الطفلية والنزعة الإنكالية فهو دائماً يسعى لمن يعاونه في المشي والحركة.

٤- الكفيف غير مدرك تماماً لبيئته المحيطة وإمكانيات هذه البيئة ومن ثم فتكيفه مع هذه البيئة محصور في إطار ضيق تحدده مدى معرفته بها.

٥- «يزيد كف البصر قدرات بعض الحواس الأخرى، كاللمس، والسمع والشم، وأساس هذه الزيادة هو إتجاه الكفيف للإعتماد عليها»، ومن ثم زيادة فرص لتدريبها وممارستها وليس نتيجة لقدرة تعويضية.

٦- لانعوض هذه الحواس فقدان البصر في تكيف الكفيف مع مجتمعه حيث أن حاسة اللمس مثلاً تتطلب حركات معينة، على الكفيف أدائها كلما أراد إدراك الأشياء أما الأبصار فهو قدرة لاتتطلب أى جهد يؤديه، بل يتم ذلك في يسر وسهولة.

٧- تذكر بعض الأبحاث أن الكفيف «يحكم على الأشخاص بسماع أصواتهم» فيحس بهم ويأنفما لانهم من خلال أصواتهم. كما أن الكفيف يدرك العواطف بالموجات الصوتية المرتدة^(١٢).

ب- مشكلات بيئية:

وهذه يمكن تقسيمها إلى مايلي:

١- مشكلات تعليمية:

نظراً لصعوبة تعليم الكفيف بالطريقة العادية حيث أن التعليم يعتمد على الرؤية والمشاهدة، ولما كانت حاسة الإبصار معطلة لذلك يحتاج إلى طريقة معينة للتعليم، وتعتمد على اللمس مثل طريقة «برايل» والسمع، وكلما إتسع المجهودات كلما ساعد الكفيف على سرعة التعليم عن طريق التشجيع وتكثيف المجهودات يمكن للكفيف أن يصل إلى مراحل التعليم العالي.

٢- مشكلات إقتصادية:

حيث أن من أصعب المشكلات التي تواجه الكفيف صعوبة توفير فرص

عمل لهم نظرا لكثرة أعدادهم بالنسبة لفرص العمل المسموح بها وإن كانت الجهود الحكومية بالتعاون مع الجهود الأهلية عملت على توفير هذه الفرص كما يسمح لهم بالعمل حتى لا يشعروا بأنهم عالة على المجتمع.

٤- مشكلات إجتماعية:

وتتمثل فى صعوبة تكوين علاقات إجتماعية مع المحيطين بهم نظراً لصعوبة إدراك البيئة المحيطة، والميل للعزلة والانطواء. وعدم الثقة بالغير وبالنفس مما يؤدي إلى صعوبة دور القائمين على خدمتهم حيث يتطلب ذلك توفير صفات معينة فيهم حتى يمكن إكتساب ثقتهم التي غالباً ماتأخذ فترة طويلة لتكوين عنصر الثقة بينهما هذا بالإضافة إلى شعور أسرة الكفيف بالذنب والذي ينعكس أثره فى تفاعل الأسرة وتعامله معه فقد تميل إلى القسوة عليه أو المبالغة فى تدليله مما يؤدي إلى ظهور آثار سيئة فى شخصيته (١٣).

إرشادات المبصرين فى معاملة المكفوفين:

لاشك أن طريقة معاملة المبصرين للمكفوفين لها علاقة وثيقة بالحالة النفسية للمكفوفين وكثيرا من المشاكل والعقد التي يشعر بها الكفيف لا ترجع إلى إصابته بقدر ما ترجع إلى طريقة معاملة من حوله له ونظرة المجتمع إليه، فهم ينظرون إليه نظرتهم إلى شخص حكم عليه بالعجز مدى الحياة وأنه غير قادر على القيام بأى شىء مهما كان بسيطاً وهم يعتقدون أن فقد البصر يؤدي إلى فقدان القدرة والعجز عن قيام الكفيف حتى بشغونه الخاصة.

والكفيف يقابل أفرادا لهم إجتاهات مختلفة أذائه فمنهم من يتهرب من مجالسته ومنهم من ينظر إليه باشمئزاز ومنهم من يبدى له اشفاقاً ومنهم من يرنى له ولحائه - وهؤلاء ملأت قلوبهم الرحمة ينظرون إليه كشخص عاجز يستحق المساعدة.

هذه الإجتاهات المختلفة تجاه المكفوفين تجعلهم يحسون بالأسى وفداحة إصابتهم وأثر هذه الإصابة عليهم وهم يعانون الكثير عندما يختلطون مع المبصرين وكثيرا ماتؤدي معاملة المبصرين لهم إلى إزوائهم عن المجتمع

وبعدهم عن الناس حتى يتجنبوا تلك المواقف التي يصادفونها والتي تؤثر تأثيراً في نفوسهم الحساسة، وهذا الأثر يكون عميقاً مما يشعرهم أنهم فئة غير مرغوب فيهم.

وقد تتوفر الرغبة لدى الكثير ليساعدوا الكفيف ولكنهم لا يعرفون كيف يقدمون هذه المساعدة أو الخدمة وحتى يؤدونها ولذلك تأتي هذه الخدمة بعكس النتيجة المرجوة وهؤلاء يحتاجون إلى بعض الإرشادات التي تساعدهم على تأدية خدماتهم بالطريقة التي لا تؤثر على نفسية الكفيف وتشعره بالعجز.

ومن المبادئ الأساسية في هذا الصدد أنه لا يوجد اثنين من المكفوفين يتشابهان في صفاتهما فالاشتراك في فقد البصر لا يتبعه اشتراك في الميول والقدرات ولكل كفيف فردية ولكل صفاته الخاصة ولكل استجابته الخاصة وتتوقف هذه الاستجابات على عوامل كثيرة ترتبط بتكوينه السيكولوجي وحالته الإنفعالية وظروف الإصابة ومدى الإهتمام الذي ناله في صغره ومدى تكيفه مع المجتمع، وإن كانت هناك قواعد عامة في معاملة المكفوفين إلا أنها تختلف في وسيلة التطبيق بالنسبة لكل كفيف تبعاً للعوامل التي ذكرناها وهذا يتطلب من المبصرين خبرة ودراسة لحالة كل كفيف واحتياجاته ومدى حاجته للخدمة كما يتطلب ذلك صبراً من المبصر مع رغبة حقيقية في مساعدة الكفيف دون المساس بكرامته^(١٤).

وفيما يلي نعرض بعض التوجيهات عند العمل مع المكفوفين أو عند مصاحبتهم أو الحديث معهم في المواقف المختلفة ونؤكد بأن العبرة ليست بتطبيق هذه القواعد ولكن العبرة بوسيلة التطبيق حسب حالة الكفيف.

أولاً: محادثة المكفوفين:

١- من المعروف أن الإبتسامة لها أثر كبير عند مقابلة أى شخص والتعرف عليه وبالنسبة للمكفوفين نجد أن المصافحة تكون بديلاً عن الإبتسامة بالنسبة للمبصر، والكفيف يستطيع أن يعرف عنك الكثير عن طريقة المصافحة ويستطيع أن يعرف شعورك عند مصافحتك وكلما كان المصافحة حادة كلما دل على عمق شعورك وإحساسك بالنسبة له وهنا نشير إلى مقولة هامة لأحد المكفوفين (اضغط على يد الكفيف يفتح لك قلبه).

٢- إذا قابلت صديقاً كفيفاً أو دخلت إلى كفيف لأول مرة فيجب أن تتحدث إذ عن طريق الصوت يستطيع الكفيف معرفة كثير من المعلومات عنك مثل سنك وشخصيتك كما أن حديثك هذا سيمكن الكفيف من توجيه جسمه ووجهه إليك لأنه سيعرف مكانك عن طريق الصوت.

٣- لا تحاول أن تختبر الكفيف بأن تسأله أن يخمن اسمك لأن هذا قد يهزج الكفيف إذا لم يكن قد قابلك إلا مرة أو مرتين - وهو يستعيد معرفتك بسهولة إذا كانت دائماً معه ولكن لا يكفي أن يكون قد قابلك مرة أو اثنتين ليتذكر صوتك فيما بعد ومن المستحسن في هذه الحالة أن تذكر له اسمك إذا قابلته.

٤- إذا قدمت كفيف إلى أشخاص مبصرين عليك أن تذكر له أماكنهم بأن تقول مثلاً الأستاذ محمد على يمينك وزوجته سعاد أمامك وهكذا يستطيع الكفيف أن يوجه نفسه الاتجاه إذا أراد التحدث مع أحدهم.

٥- عندما تقدم شخص كفيف إلى الأشخاص لأول مرة فإن من العوامل المساعدة على هذا التقديم أن تذكر لكل منهم شيئاً عن الآخر لأن ذلك سيساعده على بدء المناقشة والحديث.

٦- إذا دخل كفيف مكاناً تكون موجوداً فيه مع أشخاص آخرين فعليك أن تعرفه بمن يكون معك إذا كان عددهم من الممكن تقديمهم له أما إذا كان العدد الموجود كبيراً فيكفي أن تعرفه بالغرض من وجود هذا العدد (إجتماع مثلاً) وإذا كان له أصدقاء من بين الموجودين يمكنك أن تخبره بذلك.

٧- إذا دخل كفيف إلى المكان الذي تكون موجوداً به (مكتبك مثلاً) لغرض مقابلتك فإنه لن يستطيع الاستدلال عليك بسهولة ولذلك يجب أن تساعده على معرفة مكانك بأن تبدأ معه الحديث حال دخوله الحجرة وتستمر في هذا الحديث (مستخدماً عبارات الترحيب مثلاً) ليستطيع معرفة مكانك من صوتك ويمكن أن تقوده إلى المقعد.

٨- إذا كنت جالساً مع كفيف واضطرت للخروج أثناء حديثك معه فيجب أن تستأذن منه ليشعر بخروجك من الغرفة وإذا كان جالساً مع مجموعة وخرج أحدهم فيجب أن تنبهه إلى خروج أحد الجالسين حتى لا يوجه إليه الحديث باعتبار أنه موجود.

٩- لا ترفع صوتك عندما تتحدث مع الكفيف واعلم أن الكفيف لا يختلف عن أى شخص آخر والحديث بصوت عالى سيضايقه.

١٠- عندما تتحدث مع كفيف ابتعد عن استعمال الكلمات التى تحمل معانى العطف أو الرثاء أو التذليل.

١١- لا تحاول التكلف فى حديثك مع الكفيف ولا تجهد نفسك فى اختيار الكلمات التى تظن أنها مناسبة لحالته وإذا ذكرت كلمة (انظر أمامك) مثلاً أو أى شىء من هذا القبيل فلا ترجع وتقول متأسف بل استمر فى الحديث بطريقة عادية لأن هذا التأسف سيضاعف من إحساس الكفيف بالعجز وتأكد أن الكفيف لن يتضايق منك إذا كنت قد استعملت الكلمات العادية ولكن يجب أن تتجنب شرح المناظر الجميلة والمبالغه فيها لأن ذلك سيشرمه بالحرمان من الاستمتاع بهذا الجمال الذى تشرحه.

١٢- عندما تسير مع كفيف لا تضع يدك فى ذراعه لأن ذلك معناه أنك تدفعه عن السبيل فى ذلك الاتجاه بل أتركه يضع يده على ذراعك وبذلك يتبعك ويتبع إجتاهك دون أى مجهود منه.

١٣- عندما تريد اجلاس الكفيف على الكرسي لا تمسك بذراعه وتجذبه للجلوس لأن هذا خطأ بل ضع يده على ظهر المقعد وأتركه يجلس وحده.

١٤- عندما تدخل مكاناً به كفيف عليك أن تبدأ بالتحية حتى يشعر بدخولك ولا يصح أن تدخل بهدوء ثم تفاجئه بالحديث لأن ذلك سيفزعده خصوصاً إذا كان يشعر أنه وحده بالحجرة، كما يجب ألا تفاجئ الكفيف أثناء سيره بأن تضع يدك فجأة على كتفه فقد يكون مشغولاً بالتفكير فى شىء وهذه الحركة ستفزعده مهما كانت العلاقات بينه وبينك.

١٥- لاتحسس عند ابداء اعجابك بما قد يفعله الكفيف خاصة في الحالات العادية ولا تجعله يشعر ويحس بأنك تنظر إليه نظرة شخص عاجز وأن هذه الأشياء البسيطة غير عادية فمثلا لا تقول له «هل صحيح أنك ذهبت إلى منزلك وحده دون مساعدة؟». بل عليك أن تظهر له تشجيمًا على أن يقوم بمختلف الأعمال بجهوده الخاصة.

١٦- إذ لاحظت أن ملابس الكفيف قذرة أو أن هناك شيء غير طبيعي . فلاتوجه إليه هذه الملاحظة أمام الناس بل يجب أن تكون على إنفراد بينك وبينه.

١٧- إذا قام الكفيف بعمل شيء وسألك عن رأيك فيما فعله فيجب أن تجيب بصراحة وأعلم أنه سيستفيد من ملاحظاتك في تحسين أعماله فيما بعد، فإذا قام بكتابة شيء على الآلة الكاتبة وعرضه عليك لا بد أن رأيك فيه وفي الأخطاء الموجودة فيجب أن تذكرها له بصراحة ولكن بطريقة لينة ولا تجعله بأن تقول له أنها خالية من الأخطاء على رغم من أنه كفيف وأنه لا يستطيع القيام بأحسن مما قام به من مجهود.

١٨- يجب أن تعلم أن كل مساعدة تقدمها للكفيف هدفها تمكينه من الوصول إلى قرارات بنفسه وتفكيره وجهوده الخاصة ومن الخطأ أن تساعد الكفيف عند ارتدده ملاس أو تبدى له ملاحظات عن أخطاء موجودة وتقدمه لتصحيح هذه الأخطاء بل يجب أن تنبه الكفيف إلى الخطأ الموجود ليقوم هو بنفسه بتصحيحه.

١٩- إذا قمت بالشرح للكفيف فاهتم بالأشياء التي يرغب الكفيف في شرحها كما يجب أن يكون شريك وانيا وليس غامضا، فمثلا لا تقول «أرى أمامي حقيقة جميلة» فهذا ليس بكافي عليك أن تقول أن هناك حقيقة بها زهور متنوعة وأشجار كبيرة ومساحتها كذا، وإذا كان أمام الكفيف كرسي فلا يكفي لأن تقول له أمامك كرسي بل عليك أن تقول له أين مكانه وبعده عنه وهكذا.

قيادة الكفيف:

من العقبات التي يقابلها المبصر كيفية قيادة الكفيف أثناء السير معه

وكثيرا ما نلاحظ ان للبصر عندما يسير مع الكفيف يقوم بامساكه من ذراعه أو يده ويدفعه أثناء السير وهذا خطأ لأنه متعب للكفيف والبصر على السواء ومن السهل أن تقول للكفيف أثناء سيره معك بأن يضع يده على ذراعك وهذا يتيح له أن يتبعك دون أن يحس أنك تدفعه دفعا إذ ما أمسكت بذراعه أوبيده.

وعند صعود سلالم لا بأس أن تخبر الكفيف بقرب السلم بل الأفضل أن تقف قبل أن تصعد أو تنزل وطبيعي أن الكفيف سيحس أنك وقفت أو قصرت من خطواتك وبعد ذلك تبدأ في صعود السلم، على أن تبدأ أنت بذلك وسيحس الكفيف بصمودك ويتبعك طالما أنه في يدك، وإذا لاحظت أن هناك عقبات أو حواجز بالطريق فيجب أن تقوم بشرحها للكفيف مع شرح كيفية اجتيازها.

وعند ركوب سيارة أتوبيس أو قطار أو سيارة خاصة فيجب أن تتقدم أمام الكفيف وتركه يلمس كتفك وعند النزول تستطيع أن تقدم يدك له ليتعين بها عند النزول أو تضع يده على مقبض الباب وفي كلتا الحالتين عليك أن تتقدمه.

وإذا كنت تتحدث مع مجموعة من أصدقائك في الطريق ورأيت أحد المكفوفين قادما فيجب ألا يتوقف حديثكم لأن الكفيف يسترشد بصوتكم في معرفة اتجاهه وتوقفكم عن الحديث قد يدفعه لتغيير اتجاهه ويشعر أن هناك من يراقبه وأن حالته قد استرعت انتباهكم ورنائكم.

وعند مساعدة كفيف على ركوب سيارة تاكسي مثلا فلا تقول له اخفض رأسك أو أدخل من هنا وغير ذلك من الإرشادات بل يكفي أن تمسك يده وتضعها على أعلى باب السيارة وهذا سيمكنه من معرفة ارتفاع الباب وسيقوم بالركوب وحده.

وإذا أردت أن تساعد الكفيف على الجلوس على المقعد فلا تمسك بذراعه وتجلسه بالقوة على الكرسي بل يكفي أن تضع يده على ظهر الكرسي وتركه يجلس وحده.

وإذا اضطررت لترك الكفيف أثناء سيرك معه لقضاء مهمة قصيرة فيجب

أن تتركه بجانب عامود أو بجانب حائط أو شجرة حتى يشعر بالأمن أثناء انتظارك.

تقديم المساعدات للكفيف:

لا شك أن كل منا يجب أن يساعد الكفيف ولكن قيام المبصر بتقديم كافة الخدمات التي يحتاجها الكفيف أو رعاية كل شئونه سيجعل الكفيف يحس بأن حياته فارغة ليس لها قيمة، وهناك بعض الأشخاص من ذوي القلوب الطيبة يحبون راحة الكفيف فيقومون عنه بكل شئ وهم لا يعلمون أنهم يمنعون عنه فرص النمو ومن الواجب أن نعلم أن الهدف الأساسي من مساعدة الكفيف هي مساعدته على القيام بنفسه بشئونه الخاصة وكما يجب أن نعلم أن كفة المبصر ليس معناه العجز الكلي بل أنه يستطيع القيام بكل شئ إذا ما توافرت الرغبة وقوة العزيمة^(١٥).

برامج رعاية المكفولين:

إن الخدمات التي يعمل المجتمع على توفيرها للكفيف تتضمن توفير فرص الفحص والعلاج الطبي في العمليات الجراحية، وتوفير العدسات والنظارات اللازمة لفقد البصر والتي تقدم لهم بالجمان في حالة عدم القدرة على دفع نفقاتها، وكذلك الاستشارة في المشكلات المتصلة بفقدان البصر والتوجيه المهني والتدريب المهني والتشغيل والتتبع وما إلى ذلك، وكل هذه الخدمات تهدف إلى التحرر الاقتصادي للكفيف لكي يحقق الرضا الجسمي والنفسي والاجتماعي والاقتصادي، ويمكن حصر برامج الرعاية الاجتماعية فيما يلي:

١- العمل في المصانع المحمية:

إن العمل في هذه المصانع للمعوقين بصفة عامة يعتبر خدمة فعالة وناجحة لكسب العيش والتحرر الاقتصادي وحماية لهم من الفشل في دخول سوق العمل الحر. ويمكن أن يسير جنباً إلى جنب مع هذه المصانع مع مشروعات الأمر المنتجة التي تتم داخل المنازل.

٣٨- المدرسون الزائرون:

إن كل إنسان يفقد بصره يحتاج إلى تعليم أساليب جديدة للقيام ببعض الأشياء التي كان يفعلها في الماضي بصفة آلية، وذلك فإن كثير من الدول المتقدمة يرسلون مجموعة من المدرسين الزائرين المتخصصين لمنازل المكفوفين لمساعدتهم في الأعمال التي تتطلبها حياتهم اليومية، بالإضافة إلى إستخدام طريقة برايل في تعلم القراءة والكتابة.

٣- مراكز تأهيل المكفوفين:

وفيها يتم تأهيل الكفيف عن طريق بحث الحالة الفردية، ثم التشخيص الطبى والنفسى لقياس القدرات العقلية والمواهب، ثم الإعداد البدنى لعلاج أى مرض جسمى ثم التوجيه والتدريب المهنى وأخيرا التشغيل. وقد يواجه الكفيف بعض المشكلات الأسرية نتيجة الإعاقة التي أصيب بها والتي تحول دون الإعتماد على نفسه فى كسب معيشته، ولكن يفضل الاستشارات والخبرات التي يجدها فى المركز تكشف غالبا عن إحدى المهارات التي عن طريق التدريب المستمر عليها تمده فى آخر الأمر بوسيلة لكسب العيش.

٤- شغل وقت الفراغ:

إن توفير أسباب الترفيه للمكفوفين ضرورة عضوية ونفسية واجتماعية وجزءا أساسيا فى برامج التأهيل، فالكفيف إذا إنصرف إلى التفكير فى عجزه ليزداد خوفه. والترويح يعد الإنسان للعمل الجدى ويساعده على التنفيس عن متاعبه والاحتفاظ بعلاقات اجتماعية ناجحة مع الغير.

ومن بين ألوان النشاط المحببة للمكفوفين لعب الورق الذى يحمل رسوما ونقطا بطريقة برايل، ورياضة السباحة وصيد السمك والتجديف والجرى، وكذلك النشاط الفنى كالموسيقى والأشغال الفنية.

٥- المعونات المالية:

وهي المساعدات التي تقدمها جميعات رعاية المكفوفين لذوى الحاجة منهم، أو التي نصت عليها القوانين المختلفة وتتحمل تكاليفها الدولة مثل

قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل بالقانون رقم ٩٣ لعام ١٩٨٠.

٦- الخدمات التعليمية:

وقد حمل الأزهر منذ زمن طويل مسؤولية تعليم المكفوفين، بالإضافة إلى إشراف وزارة التربية والتعليم على العديد من المدارس التي تقوم بتعليم المكفوفين.

٧- الخدمات الصحية:

وهي تتضمن جاتيان: إنشاء المستشفيات التي تحول وتعالج الأمراض التي تؤدي للإصابة بكف البصر، توفير أوجه الرعاية الصحية للمؤسسات رعاية المكفوفين بالإضافة إلى تدريب الكفيف على استخدام العصا البيضاء أو الكلب المرشد حتى يتحقق له الأمان الجسمي والنفسي.

٨- الخدمات الإعلامية:

وهدفها نشر الدعاية بين المواطنين وتنوير الرأي العام لتقبل تشغيل المعوقين من المكفوفين، أو العمل على سلامتهم في الطريق، وتزويد الجماهير بالتوجيهات المفيدة لتجنب كف البصر والوقاية منه.

٩- الخدمات التشريعية:

أصدرت الدولة العديد من القوانين لحماية حقوق المكفوفين من صرف المعاشات والمساعدات لهم، بالإضافة إلى القوانين التي تفرض تشغيل ٧.٥ من المعوقين في كل منشأة تستخدم ٥٠ عاملاً فأكثر بعد حصولهم على شهادة التأهيل. وقد تبلورت هذه النصوص في قانون تأهيل المكفوفين رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥، وقانون التأمينات الاجتماعية رقم ٧٩ لعام ١٩٧٥ المعدل برقم ٩٣ لعام ١٩٨٠ (١٦).

دور الخدمة الاجتماعية مع المكفوفين:

علما فيما تقدمنا قد يعانيه الكفيف في حياته. وأثر كف البصر على تكيفه الاجتماعي والنفسي مع عاهته وبالتالي مع بيئته، وإذا أخذنا في الاعتبار اتجاهات المجتمع ذاته تلك الاتجاهات التي تعتبر الكفيف أحيانا عبئا

اجتماعيا واقتصاديا أو تعتبره قاصراً عاجزاً، يتطلع إلى الرحمة والشفقة، وقد تسود في هذا المجتمع أفكار وقصص خرافية. تنسب إلى الكفيف معان وصور غامضة، يتضح لنا مدى حاجة هذه الفئة إلى الرعاية الاجتماعية، سواء في الكشف عن هذه الحالات أو تأهيلها أو معاومتها على التكيف الاجتماعى فى المدرسة أو العمل أو الأسرة أو فى المجتمع ذاته. ورغم أن الكفيف مثله كمثل عملاء الخدمة الاجتماعية، من حيث السمات والخصائص وبالتالي الأساليب المتبعة. إلا أن هناك ثمة إعتبارات ينبغى مراعاتها عند عمل الإخصائى الاجتماعى مع الكفيف أهمها:

١- الحذر من الإنسياق العاطفى عند التعامل مع الكفيف بسبب عاهته. هذا الإنساق الذى قد يثبت صفة العجز، أو يعوق حركة الكفيف ونموه العاطفى.

٢- ضرورة استبطان الاخصائى الاجتماعى لنفسه جيداً قبل العمل مع المكفوفين لإدراك مدى ثقلها للعمل فى هذا الميدان، فالكفيف يدرك من خلال تعامله مدى صدق نوايا الاخصائى الاجتماعى نحوه وإحساسه بثقله.

٣- الإستشارة والدافعية: من أنجح الأساليب للتعامل مع الكفيف، هذه الإستشارة التى تحرك حاضرك الكفيف نحو مستقبل أفضل، أخذاً بمبدأ الحاضر والمستقبل Being and Becoming.

٤- إذا كانت السمة العامة للكفيف صغر السن هى العزلة، والإنطواء، وإذا كانت عند البالغ الانقباض وعدم الثقة بالغير وبالنفس، فإن السمة الغالبة لأسرة الكفيف هى الإحساس بالذنب. وهنا تبرز مهارة الإخصائى الاجتماعى عند تعامله معهم.

٥- قد يصادف تباعاً لذلك العلاقة المهنية تقلبات وهزات، أو قد تطول الفترة لتكوين عنصر الثقة بينهما. تلك الثقة التى قد يفقدها الكفيف فى الآخرين.

٦- مراعاة القواعد الخاصة بسلامة الكفيف سواء عند مقابلته مقابلة فردية أو عند إشراكه فى نشاط الجماعات.

هذا ويمكن أن تعاون عمليات خدمة الفرد الاجتماعية مع المكفوفين في المجالات التالية:

أ- إكتشاف الحالات وخاصة في السن المبكرة، وأهمية تحويلها للكشف والعلاج أو للمدارس الخاصة أو للمؤسسات التأهيلية.

ب- تكيف الكفيف للحياة في هذه المدارس وهذه المؤسسات ليكون أكثر قدرة على تقبل الحياة الاجتماعية التي يعيشها خلال فترة إعداده.

ج- يستتبع هذا بالضرورة أهمية البحث الاجتماعي لكل كفيف - تشمل حاضره وماضيه وتطلعات مستقبله بيقته الاجتماعية - أسرته - تربته وتنشئته الاجتماعية - أهدافه وأهداف أسرته - مسؤولياته... إلخ لتكون أساساً يبنى عليها الخطة الإعدادية أو العلاجية أو التأهيلية للكفيف.

د- خدمات فردية للكفيف لتعديل اتجاهاته العدوانية أو الأنطوائية أو تخفيف الضغوط الواقعة عليه، سواء من المؤسسة أو من البيئة.

هـ- خدمات تشغيلية كتوظيف الكفيف في المصانع والمؤسسات. كذلك تتضح أهمية عمليات خدمة الجماعة ودورها بالنسبة للكفيف، فالجماعة ذات أثر واضح في مساعدته على التخلص من بعض المشكلات النفسية كضعف الثقة بالنفس أو عدم الشعور بالأمن، أو الرغبة في العزلة والإنطواء، التي يحس بها، كما أن لها فاعليتها في إعداده اجتماعياً وتكيفه مع نفسه أو غيره علاوة على ما يستفيد من زيادة الخيرات عن طريق ما تحويه برامج النشاط المختلفة. وتهدف طريقة العمل مع جماعات المكفوفين إلى تحقيق أغراض أهمها مايلي:

(١) لتدريب الحواس: بقية استفادة الكفيف من البرامج التعليمية ويعتبر النشاط الاجتماعي وسيلة محببة لدى الكفيف لتدريب حواسه بما يجرى من برامج متنوعة وألعاب جماعية.

(٢) التدريب على السير والحركة: وتعتبر من أهم مجالات تكيف الكفيف الذي يحتاج لتدريب على السير والحركة بطريقة طيبة تحفظ له مظهره الطبيعي معتمداً على نفسه حتى لا يصادف مشاكل أهمها: اعتماده

الدائم على من يرافقه وتهتم برامج خدمة الجماعة بتدريب الكفيف على السير والحركة بطريقة طبيعية بما تقدمه من ألوان النشاط الهادف وبخاصة في الرحلات والحفلات والمسكرات.

(٣) التعبير الذاتي: تتيح خدمة الجماعة فرص التعبير الذاتي للكفيف كبرنامج تربوي يهدف إلى معالجة بعض القيم السلبية لديه. ولاشك أن إنضمام الكفيف إلى جماعة وممارسة النشاط مع أقران له تعينه على التعبير عن إنفعالاته وآرائه وإنتاجاته، دون خوف مما يساعد على تعديل سلوكه وإكسابه الشخصية السوية.

(٤) العزود بالخبرات: الكفيف كغيره يحتاج إلى الإستزادة من المعلومات والثقافة والخبرة والمعرفة. ويلاحظ أن النشاط البصري يعاون في التعلم التلقائي. عن طريق المحاولة والخطأ أو التقليد والمحاكاة. وتعين الجماعة في تعويض هذا الجانب من إندماج النشاط البصري لدى الكفيف، ذلك بإتاحة الفرص أمام الكفيف لكي يتزود بالخبرات، والمعلومات عن طريق النشاط المهب.

(٥) غرس العادات السليمة: يمكن عن طريق الجماعة معالجة بعض اللزمات والعادات السيئة والمنفرة لدى الكفيف كاللعب في العين وهز الرأس أو الجسم أو الحركات الإرادية. التي من شأنها التأثير على مظهره العام. ومجال ذلك عمليات النشاط التدريبي والتروحي والإجتماعي.

وهناك خدمات اجتماعية مرتبطة بالرأى العام، قد تكون في نشر الدعاية بين المواطنين لتقبل تشغيل الكفيف. أو العمل على سلامته في الطريق، أو للرعاية الوقائية والعلاجية لكف البصر ذاته وأخطاره.

وخدمات تشريعية، قد تكون في المطالبة بالتشريعات المناسبة التي تستهدف الرعاية الاجتماعية لهذه الطوائف في مختلف المجالات^(١٧).

مراجع الفصل الرابع

- ١- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٢٠٠.
- ٢- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، المرجع السابق ص ص ٢٩٠ - ٢٩٧.
- ٣- محمد عبد الظاهر الطيب، أثر الإقامة الداخلية على التوافق الشخصي والإجتماعي للطفل الكفيف من الجنسين، منشورات المركز النموذجي لرعاية وتوجيه المكفوفين، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٣٠.
- ٤- عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٥٥.
- ٥- سيد خير الله، لطفى بركات، سيكولوجية الطفل الكفيف وتربيته، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٦٧، ص ص ٧ - ١٠.
- ٦- محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير المعادين وتربيتهم، الإسكندرية، دار الفكر الجامعي، سنة ١٩٨٦، ص ٢٦.
- ٧- _____، مرجع سابق ص ٢٧.
- ٨- سيد خير الله، لطفى بركات، مرجع سابق، ص ص ١٣ - ١٦.
- ٩- لطفى بركات، الفكر التربوي في رعاية الطفل الكفيف، القاهرة، مكتبة الخانجي، ١٩٧٨، ص ٢٨٣.
- ١٠- سيد خير الله، لطفى بركات، مرجع سابق ص ص ٤٤ - ٤٨.
- ١١- عبد الفتاح عثمان، مرجع سابق، ص ٥٨.
- ١٢- عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، مرجع السابق، ص ص ٣٠١ - ٣٠٢.
- ١٣- محمد نجيب توفيق، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الاجتماعية، ١٩٨٨، ص ص ١٢٥ - ١٢٦.
- ١٤- المؤتمر العالمي لتأهيل وإدماج معاقى البصر، التوجيه العام لسياسة النهوض الإقتصادي والإجتماعي والتشريعي الخاص بمعاقى البصر، لائحة (١)، ١٩٨٠، تونس، ص ٧٤.
- ١٥- محمد مصطفى، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٧، ص ص ١٣٩ - ١٤٦.

- ١٦- محمد سيد فهمي، السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٣ ص ٧٧ - ٨٠.
- ١٧- عبد الفتاح عثمان، على الدين سيد، مرجع السابق، ص ٣٠٤ - ٣٠٧.
وحول تعريف الكفيف وأساليب معاملته داخل الأسرة أنظر كل من:
- Dartheas Fichtner, How to Raise Blind Child West Company
Christoffel Blindenimission, First Education, N.Y. Macmil-
lan, 1979.
 - Mani, M.NC., Techniques of Teaching Blind Childern,
(Sterling Publishers Private Limited, 1992).
 - Weckey Lewis, Development and Handicaped, New York,
Basil Black Well, 1993.

الفصل الخامس

الإعاقة السمعية

تقديم

مفهوم الأصم.

محددات الإعاقة السمعية.

العوامل المسببة للإعاقة السمعية

العلاقة بين الإعاقة السمعية والكلام.

إحتياجات المعوق سمعياً.

الرعاية الموجهة للمعوقين سمعياً.

دور الأسرة تجاه المعوق سمعياً.

دور الخدمة الإجتماعية مع المعوقين سمعياً.

المراجع

الإعاقة السمعية

تقديم

تمثل الإعاقة السمعية أهمية خاصة في مجال الرعاية الاجتماعية لذوي الإعاقات، وذلك نظراً لما تمثله حاسة السمع من أهمية، فالصمم يحرم الشخص من وسيلة إدراك ما يجري حوله كما يحد من إتمام عملية الاتصال بالتعبير عن النفس والتلقى عن الآخرين ومواصلة هذا التلقى لا يتم إلا من خلال ما يطلق عليه اسم التغذية الراجعة Feed Back، وعملية الاتصال هذه هي أساس عملية لتتبع لها أهميتها هي عملية التفاعل الاجتماعي، وما يتصل به من قيام العلاقات بين الأشخاص وهي تلك العلاقات المستتلة عن قيام حياة اجتماعية فعالة، وتمثل الفروق الفردية للشخص بما تحتويه من نواحي جسمية وعقلية ونفسية واجتماعية، وكذلك رد الفعل المجتمعي إزاء تلك الفروق تحدد الاختلافات الأساسية لحاجات الشخص، فالشخص المعوق قد تختلف إحتياجاته عن الشخص العادي، كما أن هناك إختلافات نسبية بين إحتياجات كل شخص معوق وآخر باختلاف نوع ودرجة إعاقته ومدى تكيفه مع إعاقته ومدى تقبل ونظرة المجتمع له^(١). وستقوم بتقديم عرض مختصر للإعاقة السمعية.

مفهوم الأصم وضعيف السمع:

يشمل مصطلح المعوقين سمعياً فئات الصمم وضعف السمع، وتعتبر أولى المشكلات التي تواجه من يتعرض للعمل مع المعوقين سمعياً صعوبة التعريف لمصطلحي الأصم وضعيف السمع فأحياناً ما ينظر إلى المصطلحين كمفهوم واحد وأحياناً أخرى كمفهومين مختلفين لكل منهما دلالة، كما ينظر إليهما كـ بعض تصنيفات الإعاقة السمعية، وتختلف النظرة إلى المصطلحين باختلاف الثقافات والتخصصات التي تتعرض لها^(٢). والصمم هم أولئك الذين يكون جهاز سمعهم معطلاً، ولا يؤدي الغرض الأساسي لوجوده، وقد يكون صممهم وراثياً (ولدتوا صمماً)، أو مكتسباً (ولدتوا سامعين) ولكنهم فقدوا حاسة السمع نتيجة مرض أو حادثه. أما الشخص الأصم فيعرف بأنه ذلك الذي حرم من حاسة السمع، أو

هو من فقد القدرة السمعية قبل تعلم الكلام، أو من فقدتها بمجرد تعلم الكلام لدرجة أن آثار التعلم فقدت بسرعة^(٣).
وتستخدَم كلمه ضعف السمع للشخص الذى فقد جزءاً من حساسيته للأصوات فى إحدى أذنيه والبعض الآخر يستخدَم نفس المفهوم لمن له بقية بسيطة من السمع^(٤).

وبناءً على ما سبق فإن الفرق بين الأصم وضعيف السمع ليس فرق فى الدرجة، ذلك لأن الأصم هو ذلك الشخص الذى يتعذر عليه أن يستجيب إستجابة تدل على فهم الكلام للمسموع، بينما الشخص الذى يشكو ضعفاً فى سمعه يستطيع أن يستجيب للكلام المسموع إستجابة تدل على إدراكه لما يدور حوله، بشرط أن يقع مصدر الصوت فى حدود قدراته السمعية، معنى ذلك أن الشخص الأصم يعانى عجزاً أو اختلالاً يحول بينه وبين الاستفادة من حاسة السمع، فهى معطلة لديه، وهو لهذا لا يستطيع اكتساب اللغة بالطريقة العادية، فى حين أن ضعاف السمع يعانون نقصاً فى قدرتهم السمعية، ويكون هذا النقص غالباً على درجات^(٥)، وتضم فئة الصم وضعاف السمع فئات ترتبط بدرجة سماعهم.

ويمكن النظر إلى مفهوم الإعاقة السمعية من خلال المحددات الآتية^(٦).

١- درجة ضعف السمع:

يمثل هذا العامل أهمية فى التفرقة بين الصم وضعاف السمع من خلال التعرف على درجة فقدان السمع فى الديسبل DB (وهى وحدة قياس التفاوت بين صوتين) مع تفسير تأثير الفرد فى قدرته على سماع الكلام.

ويمكن تقسيم الفقد السمعى وفقاً لذلك إلى:

أ- فقد سمعى من النوع البسيط Slight وهو عشرون وحدة صوتية «ديسبل» أقل من العادية.

ب- فقد سمعى من النوع المتوسط Moderate وهو يتألف من أربعون وحدة صوتية «ديسبل».

ج- فقد سمعى من النوع الشديد Severe وهو يتألف من ستون وحدة صوتية «ديسبل».

والفئة الأولى يمكن تركهم في الفصول العادية، على أن تكون أماكنهم في المقاعد الأمامية، والفئة الثانية تقدم لهم الأجهزة المساعدة للسمع Hearing Aids ، على أن يبقوا في الفصول العادية، أما المجموعة الثالثة فيجب عزلهم في فصول خاصة بهم.

وفي إحدى الدراسات التي قام بها «بيسترج Pittsburg» على الأطفال في الفئة العمرية من خمسة إلى عشرة سنوات حددت الإعاقات السمعية وما يصاحبها من قدرة على فهم الكلام وفقاً للجدول التالي:

القدرة على الفهم	متوسط مستوى السمع في الأذن الأفضل «بالديسيل»	درجة الإعاقة	فئة الإعاقة
الصعوبة غير ظاهرة في الحديث الخافت	أقل من ٢٥	ليست واضحة	الأولى
صعوبة مع الحديث الخافت فقط	٢٦ - ٤٠	ضعيفة	الثانية
صعوبة متكررة مع الحديث العادي	٤١ - ٥٥	متوسطة	الثالثة
صعوبة متكررة مع الحديث العالي	٥٦ - ٧٠	ملحوظة	الرابعة
يستطيع فهم الحديث الصارخ والجسم فقط	٧١ - ٩٠	شديدة	الخامسة
لا يستطيع فهم الكلام الصارخ أو الجسم بالمرّة	٩١ فأكثر	شديدة جداً	السادسة

وهو يحدد طريقة حساب درجة وفئة الإعاقة للفرد بالاعتماد على
الجدول السابق كمايلي:
١- يتم قياس مستوى السمع بالأذن الأفضل.

- ٢- يتم حساب متوسط مكيف مستوى السمع وفقاً للمعادلة الآتية.
متوسط مكيف مستوى السمع = درجة السمع بالأذن الأفضل + ٥ .
٣- ثم يتم حساب فئة الإعاقة بناءً على متوسط مكيف مستوى السمع وفقاً للدرجات للموضحة بالجدول أعلاه.
وقد يبدو هذا التصنيف المعتمد على كثافة مستويات صوت الحديث صالحاً مع الكبار ذوى اللغة أكثر من الأطفال الصغار في بداية عمرهم.

(٤-) **السن:**

يمكن تقسيم الضعف السمعى إلى فئات على أساس العمر مع بداية الإعاقة لفقدان السمع الذى يحدث عند الولادة أو قبلها أو فى خلال السنتين الأوائل من العمر قبل النطق تكون أشد الإعاقات بسبب تأثيرها على نطق اللغة.

وقد أقرت لجنة وضع الأسماء بمؤتمر المدارس الأمريكية للصم منذ ثلاثين عام على أهمية العمر مع بداية الإعاقة وأثرها على قدرة الفرد على الكلام والسمع فى تعريفهم للصم وصعوبة السمع، ووفقاً لذلك فالمعوقين سمعياً يقسمون إلى ثلاث فئات:

أ- الصم الفطرى (الولادى): هم الذين ولدوا صماً ويفتقدون لوظيفة الإحساس السمعى لأغراض الحياة العادية.

ب- الصم المكتسب: هم الذين ولدوا لديهم سمع عادى واقتقدوا لوظيفة الإحساس السمعى فيما بعد من خلال حادث أو مرض.

ج- ضعف السمع أو المصابين بصعوبة فى السمع: هم الذين لديهم إحساس سمعى ناقص، قد يكتمل وظيفته باستخدام سماعة.

٣- العوامل المسببة للإعاقة:

يمكن تقسيم الضعف السمعى إلى فئتين وفقاً للعوامل المسببة للإعاقة

وهى:

أ- عوامل فطرية «داخلية»: وهو يشير إلى العوامل الوراثية للفرد، فالتنقص السمعى ينتقل من الوالدين إلى الطفل بالوراثة. وقد تظهر عدة ظروف وراثية بعد الولادة وفى متوسط العمر أو بعلمه، فمثلاً مرض Otosclerosis الذى يصيب الأذن الوسطى ويسبب تثبيت العظمة الركابية قد يصيب الفرد قبل الشباب.

ب- عوامل خارجية: وهو يشير إلى كل الأسباب غير الوراثية والتي تحدث نتيجة المرض أو التسمم أو الحوادث وتسبب ضرراً أو تلف أى جزء من الجهاز السمعى وقد تكون بعضاً من هذه العوامل مساعدة لإحداث الإعاقة بطريقة فطرية كفيروس الحصبة الألمانية .
الذى يصيب الأم أثناء فترة الحمل ، فيؤثر على الجنين ويجعله يولد معوق سمعياً.

٤- حالة الجهاز السمعى:

يمكن تصنيف الضعف السمعى للأغراض الطبية وفقاً للآضرار التي تصيب الجهاز السمعى:

أ- ضعف سمعى توصيلى: وهو الذى ينتج عن وجود تلف أو ضرر بالأذن الوسطى أو الخارجية، يعترض نقل ذبذبات الصوت خلال جهاز توصيل الصوت فى الأذن.

ب- ضعف سمعى عصبى (حسى): وهو الذى يصيب منطقة الاستقبال الحسى بالأذن وينتج عن ضرر فى الممرات العصبية السمعية الموصلة إلى المخ وهى تمثل اختلالاً فى وظيفة السمع.

٥- الاحتياجات التربوية للفرد:

يمكن تعريف الفرد الأصم وضعيف السمع من خلال حاجاته التربوية على النحو الآتى:

أ- التلميذ الأصم: وهو ذلك التلميذ ذو السمع التالف الذى يتطلب أسلوباً للتربية بواسطة أساليب مناسبة للتلميذ الذى لديه القليل أو ليس لديه لغة أو حديث مكتسب.

ب- التلميذ ضعيف السمع: ويمكن القول بأنه ذلك الذى لديه تلف فى السمع والذى يكون نموه فى الحديث واللغة - على الرغم من تخلفه - يمتضى وفقاً للنمط العادى، والذى يحتاج من أجل تربيته تربيّات خاصة أو تسهيلات معينة على الرغم من عدم الحاجة إلى كل الطرق التى تستخدم مع الأطفال من ذوى الصمم الكامل.

٦- القدرة على الإستجابة للأصوات والكلام:

ويمكن من خلال هذا البعد النظر إلى فئتين:

أ- الصمم: وهم أولئك الذين ليس لهم «طبيعية» قدرة على الكلام عند قبولهم بالمدرسة.

ب- الصمم الجزئي (ذوى السمع الناقص): وهم الذين بدأوا الكلام بشكل طبيعى (مهما كان غير متقن) قبل دخولهم المدرسة. وتُصنف فئات الأطفال ذوى السمع الناقص بمايلي:

الدرجة الأولى: وهم الأطفال الذين لديهم عيوب فى السمع يمكن علاجها طبياً فى معظم الحالات ولا يحتاجون إلى معينات سمعية أو نظام تعليمى خاص.

الدرجة الثانية: وهم الأطفال الذين لديهم قدرة طبيعية على الكلام ولكنهم يحتاجون إلى نظام تعليمى خاص إما طوال الوقت أو جزء من الوقت، وغالباً ما يحتاجون إلى معينات سمعية.

الدرجة الثالثة: وهم الأطفال الصم الذين لا يقدرون «طبيعياً» على الكلام عند إلتحاقهم بالمدرسة والكثير منهم غالباً صم تماماً ويمكن مساعدتهم بالمعينات السمعية عند تعلم الكلام.

وقد قام إيتارد Itard فى أوائل القرن التاسع عشر بتصنيف الأطفال طبقاً لاستجاباتهم للأجراس والطبول وتبعه Urbantschitsch بتصنيفهم إلى:

Tal deafness	١- صم كامل - لا يسمع شئ
Tone- hearing	٢- سماع اللهجة
Vowel - hearing	٣- سماع للحرك
Word - hearing	٤- سماع الكلمة
Sentence- hearing	٥- سماع الجملة

ويقوم البعض بقياس وتحديد سماع اللهجات وفقاً لدرجة السمع (مقياس التيسيل)

وفى إطار ما تقدم تتفق وجهة النظر هذه مع وجهات النظر التى تحدد الإعاقة السمعية وفقاً للحالة الطبية للجهاز السمعى بجانب الاعتماد على قياس درجة السمع لتحديد فعة الاعاقة ولذلك فانه تقسم أنواع الإعاقة السمعية إلى:

- ضعف سمعى حسى: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بالممرات العصبية السمعية الموصلة للمخ بمنطقة الاستقبال الحسى بالأذن.
 - ضعف سمعى توصيلى: وهو ناتج عن تلف أو ضرر بأجهزة توصيل الصوت بالأذن الوسطى أو الخارجية.
 - ضعف سمعى مركب: وهو مركب من النوعان السابقان. كما يمكن تحديد فئة ودرجة الاعاقة إلى:
 - ضعف سمعى غير واضح أقل من ٢٦ ديسبل.
 - ضعف سمعى متوسط ٢٧ - ٥٥ ديسبل.
 - ضعف سمعى واضح ٥٦ - ٧٠ ديسبل.
 - ضعف سمعى واضح جداً ٧٠ فأكثر.
- حجم مشكلة المعوقين سمعياً :

قدرت هيئة الأمم المتحدة أن هناك مايزيد عن ٥٠٠ مليون معوق فى العالم منهم حوالى ٧٠ مليون شخص يعانون من الصمم أو الضعف الشديد فى السمع^(٦)، كما اتضح فى تعداد السكان فى مصر عام ١٩٧٦ أن الصم يصل حجمهم إلى ١٢.٢٤٦^(٧). وفى دراسة لجامعة عين شمس اتضح أن نسبة نقص السمع لـ مختلف الأسباب تبلغ ٢٩ من السكان للأعمار التى تتراوح بين عام واحد إلى سبعين عاماً، فإذا وضعنا فى الاعتبار أن عدد سكان مصر حوالى ٥٠ مليون عام ١٩٧٨، ٢٤٤ منهم تقل أعمارهم عن خمسة عشر عاماً لاتضح مدى عمق وحجم مشكله المعوقين سمعياً^(٨).

العوامل المسببة للإعاقة السمعية:

- ترجع الاعاقة السمعية إلى مجموعة من الأسباب بعضها وراثى والبعض الآخر يرتبط بعوامل ومؤثرات غير ذات أصل جينى.
- ويمكن بوجه عام تصنيف العوامل التى تؤدى إلى الإعاقة السمعية إلى ثلاثة أنواع رئيسية طبقاً للزمن الذى تحدث فيه الإصابة:
- أ- عوامل تحدث قبل الميلاد
 - ب- عوامل تقع أثناء الميلاد

ج- عوامل تؤثر فيما بعد الميلاد

وفيما يتعلق بالعوامل التي تلعب دورها قبل الميلاد، فهي تتضمن نسم الحمل Toxemia of Pregnancy والولادة المبكرة والتزيف الذى يحدث قبل الولادة والأمراض التي تصيب الأم أثناء الحمل كالحصبة الألمانية والالتهابات التي تصيب الغدد النكفية والزهرى وتناول الأم لبعض العقاقير الطبية أثناء الحمل، مما يؤثر على الجهاز السمعى عند الجنين.

أما العوامل التي تصاحب عملية الولادة فتشمل: الولادة التي تطول مدتها Prolonged Labour والولادة المتعثرة، وعدم وصول الأكسجين إلى مخ الجنين والتهاب أغشية المخ التي قد تحدث للوليد، وإصابة الوليد بالالتهاب السحائي.

وفيما يلي الأسباب الجينية وغير الجينية التي تؤدي إلى الإعاقة السمعية:

١ - الأسباب الجينية للإعاقة السمعية:

تحدث حالات الإعاقة السمعية ذات الأصول الجينية نتيجة لانتقال حالة من الحالات المرضية من الوالدين إلى الجنين عن طريق الوراثة. ويتضمن هذا النوع من الصمم الوراثي فقدان السمع بدرجة حادة ويكون غير قابل للعلاج، وكذلك فإن هذه الحالات تكون مزدوجة (أى تصيب الأذنين) وتتضمن عيوباً جسمية - عصبية فى نفس الوقت تسبب تلف الخلايا الشعرية القوقعية Cochles Hair الخاصة بالسمع أو إصابة العصب السمعى، ويمكن تحدث بعض من هذه العيوب:

أ- الأطفال الذى يولدون بإعاقات سمعية نتيجة للتكوين الخاطئ فى عظام الأذن الوسطى تكون نتيجة عوامل وراثية، إلا أن حالات عدم التكوين الصحيح لعظام الأذن الوسطى يمكن علاجها بالأساليب الجراحية.

ب- زملة أعراض تريشر Treacher- Collin's وتتضمن أعراضها المتزامنة صغر حجم اذن الطفل، وإتساع الفم، وخلل فى تكوين الاسنان، وارتجاع خلفى للذقن وبعض العيوب الخلقية فى عظام الوجه.

ج- زملة أعراض واردبرج Waardenburg's Syndrome وتتضمن

اعراضها المتزامنة وجود خصلة من الشعر الأبيض في مقدمة الرأس، وتلون العينين بلونين مختلفين وهرور الأنف وخاصة من ناحية الوجتين، وتقوس الشفاة.

د- مضاعفات عامل الـ Rh: توجد إختلالات وراثية معينة لفصائل الدم لدى الوالدين، ينتج عنها تنافر الدم بين الأم والطفل خلال فترة الحمل. وتحدث هذه الحالة عندما تكون الأم فصيلةها Rh سلبية وتحمل جنيناً بـ Rh إيجابي، في هذه الحالة تدخل المواد المضادة للأجسام الغريبة من الأم إلى المشيمة الخاصة بالطفل، وتدخل في مجرى دم الجنين فتتلف كرات الدم الحمراء

وتؤدي في النهاية إلى طفل مصاب باليرقان الحاد وتكون النتيجة الطبيعية لذلك إما موت الجنين عند الولادة أو بعد الولادة مباشرة وإما أن يظل على قيد الحياة مصاب بالصمم وكثيراً منهم يكونون مصابون بشلل جزئي في المخ.

٢- الإعاقات السمعية التي لا ترجع إلى أصول جينية:

الأسباب غير الجينية التي يمكن أن تؤدي إلى الإعاقة السمعية كثيرة ومتنوعة وفيمايلي أكثرها شيوعاً:

أ- استخدام العقاقير: هناك بعض العقاقير التي قد يترتب على استخدامها وجود إعاقة في السمع سواء عند الجنين أو عند الطفل حديث الميلاد أو حتى عند الشخص الراشد.

ومن أهم هذه العقاقير Kanomycin, Meomycin وكذلك فإن عقار Streptomycin وبعض العقاقير الأخرى من مجموعة Mycin قد تسبب إصابة الخلايا القوقعية في الأذن بالتلف. على أن الأفراد يختلفون عن بعضهم البعض في درجة تأثرهم بالعقاقير المختلفة.

ب- الفيروسات Viruses وأهم الأمراض لهذا النوع فيروس الحصبة الألمانية الذي قد يصيب الأم خلال الشهور الثلاثة الأولى من فترة الحمل. وكذلك فيروسات: الجدري الكاذب والالتهاب السحائي والتهابات الغدد النكفية والحصبة والانفلونزا.

ج- أمراض تصيب الأذن الداخلية Internal Ear Diseases : هناك عدد كبير من الأمراض الفيروسية التي قد تسبب تلفاً للأذن الداخلية ومن بين هذه الأمراض: التهاب السحايا والجديري الكاذب والبكتريا السبحية Streptococcus والبكتريا المعضوية والتهابات الغدد النكفية Mumps والحصبة Measles والانفلونزا Influenza. ففي مثل هذه الحالات يتسلل الفيروس عن طريق الثقب السمعي الداخلي الموجود بالجمجمة إلى النسيج العصبي المخي.

د- أمراض تصيب الأذن الوسطى Middle Ear Diseases : لعل من أهم الأمراض التي تصيب الأذن الوسطى التهاب السحايا المخي، ففي هذه الحالة يتواجد مسائل (صديد) في الأذن الوسطى بسبب إنسداد قناة ستاكيوس مما يترتب عليه ضغط سلبي في الأذن الوسطى. ومن الأعراض الملحوظة في مثل هذه الحالات إفراز صديد من الأذن الوسطى قد يجده الآباء على الوسادة التي ينام عليها الطفل. وينتج ذلك عن إصابة الأذن الخارجية بثقب إما نتيجة مؤثر خارجي كآلة حادة، أو نتيجة لتهاب في الأذن الوسطى، فيحدث مثل هذا الثقب الذي يسمح بنزول الصديد، على أن التهاب السحايا المزمن من شأنه أن ي تلف الأذن تماماً. وبالإضافة إلى التهاب السحايا توجد أنواع أخرى من الأمراض الإلتهابية التي تؤثر على الأذن الوسطى والتي من بينها ورم الأذن الوسطى اللؤلؤى Cholesteatonna وهو عبارة عن تواجد أنسجة جلدية مكونة داخل الأذن الوسطى.

وكذلك يمكن أن يتأثر سمع الطفل نتيجة لتراكم صمغ الأذن، أو نتيجة لتجميع أنشياء غريبة عن الأذن في القناة السمعية^(٩).

الكشف عن الصمم:

من الأفضل التفكير في كشف وتقدير مدى فقدان السمع، حتى يمكن تخطيط البرامج التربوية والاجتماعية في ضوء الواقع. وهناك عوامل تدل على فقدان السمع أهمها:

أ- إذا تأخر الطفل في الكلام في السن العادية

ب- إذ ظهر على الطفل علم فهم الكلام

ج- إذا إنعدم تجاوبه وتمييزه للأصوات

هذه الجوانب تفيد في دراسة الحالة إلى جانب الرجوع إلى سجل الطفل الصحي أن وجد، وتعتبر هذه المعلومات دالة على أن الطفل يجب أن تجرى عليه إختبارات السمع للتأكد من أنه فعلاً أصم.

وعلينا أن نذكر أن هناك ظروفاً قد تؤدي إلى ظهور الصمم لدى الأطفال أهمها الضعف العقلي والاضطرابات الانفعالية أو خلل أعصاب المخ. وهذا يؤكد أهمية البحث الدقيق والإختبارات الخاصة حتى يوضع الطفل في مكان مناسب.

أما في حالات الأطفال الذين أصيبوا بالصمم بعد تعلم الكلام والتفاهم فلا يكون التشخيص يمثل هذا التعقيد السابق^(١٠).

الارتباط بين الاعاقة السمعية والكلام:

يعتبر الكلام من أهم سبل الاتصال النفسى بين انسان وآخر، فإذا تكلم شخص مع آخر فإنه ينقل إليه حالات نفسه كامله فيها معان ومشاعر وانفعالات وفيها اتجاهات ورغبات.

وعملية الكلام ليست مجرد إخراج أصوات لها دلالة نتيجة تحريك أعضاء الجهاز الكلامى المختلفة، ولكنها تعتمد على ترابط وانسجام طرق الاستقبال والمراكز الحسية والحركية فى المخ، وجهاز الكلام وذلك حتى يكون للكلام دلاله معينه ولتصبح أداة للتخاطب والتفاهم بين أفراد المجتمع^(١١).

وعلى ذلك فعملية الكلام من الناحية العضوية تحتاج إلى اكتمال فى الجهاز العصبى الذى يقوم بهذه العملية ويشمل ذلك الحواس التى تستخدم فى تلقى الكلمات ومن أهمها السمع بدءاً من الأذن والعصب السمعى والمراكز السمعية فى المخ ثم الموصله إلى مراكز حفظ الكلمات (الذاكرة) ومنها إلى عضلات الحنجرة والقم واللسان علاوه على الصدر والرئتين وغير ذلك من أعضاء ولذا فإن أى خلل فى هذه الأعضاء يترتب عليه عاقبة الكلام.

ان عملية الكلام عند الطفل تبدأ باصدار أصوات لا ارادية نتيجة لحركات الجهاز الكلامى (وهذا مظهر حركى صرف)، ولكن سرعان

ماكتسب هذه الأصوات دلالات معينة نتيجة لنمو المدركات الحسية - سمعية وبصرية ولسيه (وهذا مظهر حسي) ولا يمكن أن يستقيم كلام الطفل إلا إذا كان هناك توافق بين المظهر الحركي والمظهر الحسي، وكلما كان هذا التوافق طبيعياً كلما كان الكلام بدوره طبيعياً.

من الأهمية في هذا المجال أن نشير إلى أن العلاقة السمعية ليست هي المسئولة بمفردها عن حدوث اضطراب في الكلام أو عيوب في النطق ولكن يمكن أرجاع ذلك إلى عدة أسباب من بينها الاعاقة السمعية وذلك على الوجه التالي:

١- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب عضويه مثل عيب في الجهاز الكلامي، أو السمعى كالتلف أو التشوه أو سوء التركيب في أى عضو من أعضاء الجهازين أو النقص في القدرة الفطرية العامة (الذكاء) مما يؤدي إلى خلل في تأدية هذا العضو أو تلك القدرة فيحدث نتيجة لذلك عيب في النطق أو احتباس في الكلام أو نقص في القدرة التعبيرية.

٢- عيوب ترجع العلة فيها إلى أسباب وظيفية - فالمصاب لا يشكو أى نقص عضوى في الجهاز الكلامي أو السمعى ولكن كل ما هنالك أن قدره الفرد على التعبير متأثره بعوامل غير عضوية تسبب له اضطرابات عدة تختلف من حيث نوعها وشدها وفقاً لمدى قوة هذه العوامل وتأثيرها في الفرد.

وبجانب التقسيم السابق - يوجد تقسيم آخر أكثر تفصيلاً لا يقوم في أساسه على النظر إلى مصدر العلة بل يقوم على أساس المظهر الخارجى للعيوب الكلامية وتتخذ هذه العيوب على حسب التقسيم أشكالاً مختلفة منها الآتى:

- (١) التأخر في قدرة الطفل على الكلام.
- (٢) احتباس الكلام أو فقد القدرة على التعبير وهذه المجموعة من الأمراض الكلامية معروفة باسم (الافزيا).
- (٣) العيوب الابدالية وهي عيوب تتصل بطريقة نطق أو تقويم الحروف وتشكيلها (من أسبابها العضوية فقدان السمع أو ضعف القدرة السمعية).
- (٤) الكلام الطفلى.

(٥) الكلام التشنجي.

(٦) العيوب الصوتية.

(٧) العيوب المتصلة بطلاقة اللسان وأهم عيوبها الظاهر المرضيه المعروف باسم اللجلجة أو التلسم.

(٨) عيوب النطق والكلام الناتجة عن نقص في القدرة السمعيه أو العقلية.

وبناء على ماتقدم توضح العلاقة بين الاعاقه السمعيه والكلام، إلى أن العمليه الكلاميه هي عمليه مكتسبه تعتمد اعتماداً كبيراً على التقليد وإحاطاه الصوتيه - ويعنى ذلك أن أي خلل يصيب الجهاز السمعى يترتب عليه فقد النطق أو حدوث عيب فى طريقة النطق، ويحتاج هؤلاء إلى تمرينات خاصة لعلاج الناحية الكلامية ويحتاجون أيضاً زيادة على ذلك إلى تمرينات لتقوية السمع نفسه^(١٢).

احتياجات المعوق سمعياً:

ينظر إلى الحاجة Need على أنها ما تتطلبه العضويه لتكيفها الأمثل مع البيئة والحفاظ على بقائها أو نوعها، مثل الحاجة إلى الطعام والشراب والجنس ... الخ^(١٣)، كما تعرف بأنها حالة من النقص والافتقار وتقترب بنوع من التوتر والضغط لا يلبث أن يزول متى قضيت الحاجة أو زوال النقص، سواء كان هذا النقص مادياً أو معنوياً.

قدم ابراهام ماسلو Maslow نظاماً لترتيب الحاجات الإنسانية على شكل هرم تشغل قاعدته الحاجات الفسيولوجية الأساسية وتنتج تلك الحاجات ارتفاعاً حتى تصل إلى قمة الهرم حيث توجد حاجة الإنسان لتحقيق الذات وذلك فى اطار حاجاته للفهم ويمكن تصور نظام ماسلو فى الحاجات التالية.

- ١- حاجات فسيولوجية (الجوع - العطش - الهواء - الإخراج ..)
- ٢- حاجات الأمن (الطمأنينة - الأمان - غياب الاخطار .. الخ)
- ٣- حاجات الحب (الإنتساب - التقبل - الانتماء .. الخ)
- ٤- حاجات الاحترام (الإنجاز - القبول والامتنحان - الكفاؤه .. الخ)
- ٥- حاجات تحقيق الذات (إنجاز تحقيق الذات وتحقيق الفرد لامكانياته)^(١٤).

وغالباً تعتبر هذه الحاجات قاسماً مشتركاً لكافة الفئات الإنسانية

الإسوياء منهم وغير الأسوياء، ولكننا نرى أن هناك حاجات ذات طابع خاص ترتبط باحتياجات الطفل المعوق سمعياً ولها دور في تخفيف حدة اعاقته ومساعدته على إشباع احتياجاته المختلفة ويمكن تقسيمها إلى الجوانب الثلاث الآتية:

أ- احتياجات تعليمية:

إن لغة التفاهم هي أهم العوائق أمام الطفل المعوق سمعياً على حين أن التعليم هو منفذه، لكن وسائل التعليم العامة لا تستطيع النفاذ من خلال جدران السكون والصمت بسرعة كافية حتى تتيح للشخص قدرة عادية للتطور ولهذا يحدث تأخر كبير في هذا التطور نتيجة لطبيعة تعليم اللغة^(١٥)، فهو يحتاج إلى أساليب تعليمية تختلف عن تلك الأساليب المتبعة مع الأطفال العاديين بل الأطفال من ذوي فئات الاعاقة الأخرى، فهو يحتاج إلى فهم المدرس لمشكلته ولا نعني بذلك المغالاة في الشفقة والمطف عليه بل نعني مراعاة ظروفه الخاصة وتوجيهه حتى يستطيع التوافق بدرجة طيبة مع عالمه الخارجي^(١٦).

(١٦)

ونظراً لأن الطفل العادي يأتي من المنزل ولديه من المعلومات والألفاظ اللغوية قسط كبير نتيجة تكرار سماعها يومياً في مناسبات مختلفة مما يثبت هذه للمعلومات ولا يحتاج تعليمها في المدرسة إلى تكرار كثير. أما بالنسبة للطفل المعوق سمعياً فإنه يأتي ومعلوماته اللغوية تكاد تكون منعدمة، ويحتاج تعلمه لها إلى تكرار مستمر وخلق مواقف تلزم استعمالها حتى يرتبط المعنى بالكلمة، الأمر الذي يستلزم وجود وسائل إيضاح كثيرة، يضمها دائماً تحت ناظره حتى يمكن الرجوع إليها كل يوم تقريباً في دروسه، ويمكن القول أن الوسائل التعليمية المختلفة، يمكن أن تؤدي إلى استشارة اهتمام التلميذ وإشباع حاجته للتعلم وخاصة أنه ثبت من الأبحاث أن من الشروط التي تساعد الطفل على التعلم وجود الحاجة للتعلم وشعوره بأهمية إشباع هذه الحاجة. كما أنها تساعد على زيادة خبرته فتجعله أكثر استعداداً للتعلم وإقبالاً عليه. فالحصيلة اللغوية للطفل من الصور والأصوات تبدأ مبكرة عن حصيلته من الكلمات والألفاظ^(١٧)، وقد أثبتت الدراسات في مجال علم النفس الخاص بالمعوقين سمعياً أن ذكاء الطفل المعوق سمعياً عملياً أكثر منه معنوي أو لفظي^(١٨).

فكلما كانت الخبرات التعليمية التي يمر بها الطفل المعوق سمعياً أقرب إلى الواقعية أصبح لها معنى ملموس ووثيق الصلة بالأهداف التي يسعى الطفل إلى تحقيقها والريغيات التي يتوق إلى إشباعها.

وبصفة عامة يقصد بالوسائل التعليمية بأنها المواد والأجهزة والمواقف التعليمية التي يستخدمها المدرس في مجال الإسهال بطريقة ونظام خاص لتوضيح فكرة أو تفسير غامض أو شرح أحد الموضوعات بغرض تحقيق التلميذ لأهداف سلوكية محددة والمواد التعليمية تشمل الأفلام والاسطوانات والخرائط والصور والنماذج وغير ذلك من المواد .. الخ^(١٩)، وأما الأجهزة التعليمية أو الأدوات فهي العدد والآلات التي تستطيع بها نقل الوسائل أو عرضها ومن أمثلة ذلك جهاز التسجيل الصوتي وجهاز السينما وجهاز الحاسب الإلكتروني وجهاز التلفزيون^(٢٠).

ب- إحتياجات تأهيلية:

يقصد بالتأهيل عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانات الطفل المعوق والعمل على تنمية هذه القدرات بحيث يحقق أكبر نفع ممكن له في الجوانب الاجتماعية والشخصية والبدنية والاقتصادية فهو يشمل دراسة طبيعية الاعاقه والآثار المترتبة عليها ثم اعادة بناء وخلق وتدعيم القدرات الحالية بما يوفر له القدرة على الاعتماد على النفس^(٢١).

والعملية التأهيلية تتطلب تضافر جهود وخبرات الأطباء والأخصائيين الاجتماعيين والنفسيين والموجهين المهنيين والمدرسين وغيرهم لتوجيه مجموعة من البرامج المتكاملة من النواحي الطبية والاجتماعية والمهنية والنفسية بقصد تحويل الفرد المعوق إلى فرد يعيش في المجتمع عيشة راضية ومستقيمة سواء بحصوله على عمل مناسب أو حصوله على خدمات تيسر له وسائل المعيشة اليومية^(٢٢).

والطفل المعوق سمعياً يحتاج إلى توجيهه لأساليب مهنية تلائم مواهبه وما تبقى لديه من قدرات حتى يستطيع أن يقاوم شعوره بالنقص ويتغلب على النتائج النفسية المصاحبة لاعاقته^(٢٣).

جـ - إحتياجات تدريبية خاصة:

الأطفال المعوقون سمعياً يواجهون مشكلات فريدة خاصة بهم، فهم لا يسمعون أى نوع من الكلام منذ ميلادهم «غالبا» ولا يستطيعون إستيعاب اللغة المنطوقة ولذلك فهم فى حاجة إلى الإهتمام بتنمية وتطوير المهارات الخاصة بالكلام وإستخدام اللغة من خلال حاسة السمع وهذا يحتاج إلى نوع من التقنيات ذات طبيعة خاصة، وقد يمكن تحقيق هذا الأمر فى كثير من الأحيان بإستخدام المعينات السمعية^(٢٤).

كما أن الطفل فى حاجة إلى التدريب على التمييز بين الأصوات المختلفة من خلال برامج التدريبات السمعية بالأجهزة الحديثة، حيث يجب أن تتم عملية إختيار التقنيات السمعية بواسطة إرشاد أخصائى فى السمع لكى يساعد الطفل على تعلم إستعمالها بأكبر قدر ممكن من الكفاءة من خلال برنامج تدريبى خاص يراعى فيه حاجات الطفل الفردية^(٢٥).

ويحتاج الطفل المعوق سمعياً إلى تعليمه جميع أشكال التواصل بينه وبين أفراد المجتمع حتى تتاح له الفرصة الكاملة لتنمية مهارة اللغة فى سن مبكرة بقلر المستطاع^(٢٦).

الخدمات الموجهة للمعوقين سمعياً:

تفرض الإعاقة على الإنسان مجموعة من المشكلات كنتيجة مباشرة لها وللظروف المحيطة بها، ونظرة المجتمع إلى الإعاقة والمعاقين، وهدف المتخصصين والمهن المختلفة التى تعمل مع المعوقين هو مساعدة المعوق على تقبل إعاقته، ويتحقق ذلك من خلال برامج التأهيل التى تساعد المعوق على - أن يصل إلى مستوى القرد العادى ما أمكن، وأن يكون هناك توافق نفسى وإجتماعى يساعد المعاق على أن يكون علاقة مرضية مع اعاقته.

والخدمات المقدمة للمعوقين بفئاتهم المختلفة يجب أن تتسم بصيغة التكاملية، وأن يتناول المعوق كفرد داخل المجتمع وليس كشخص يعيش فى فراغ، مع الأخذ فى الإعتبار بأن المعوق إنسان قد أعيق بسبب البيئة الأسرية أو المجتمعية بشكل عام، ولهذا يجب أن يمر فى عملية تعيده إلى المجتمع من خلال خدمات متكاملة تحقق له أفضل قدر ممكن من التوافق حتى يصبح

صالحا لان يتقبل وضعه الجديد ويتقبله الناس كإنسان لا يختلف عنهم إلا بقدر ما يختلف بعضهم عن بعض عندما يصاب أحدهم بمرض من الأمراض التي تكف إحدى حواسه أو تعطل أحد أعضائه عن وظائفها.

من هذا المنطلق يمكن القول أن المعوقين سميا في حاجة إلى مجموعة من الخدمات المتكاملة يمكن إجمالها فيما يلي:

١- الخدمات الطبية: والتي يقدمها طبيب الأنف والأذن - والسمعية . وما يتطلبه ذلك من أجهزة طبية وتأهيلية وعلاجية.

٢- الخدمات النفسية: والتي تستهدف تغيير نظرة المعوق إلى نفسه مع الاستفادة من إمكانياته الحقيقية المتبقية وتتطلب ذلك إجراء اختبارات مختلفة على القدرات العقلية والشخصية.

٣- الخدمات التعليمية: ولقد اختلفت وجهات النظر حول الحاق المعوقين سمميا بالفصول التعليمية لعادى السمع أو ترى بعض هذه الدراسات إيجابية الحاق تلك الفئة بالفصول العادية مع مراعاة تنمية القدرة اللفظية وتوفير الرعاية الاجتماعية والنفسية اللازمة لما قد يظهر من مشكلات تتعرض لها تلك الفئة، وقد أوضحت تلك الدراسات أن العزلة الثقافية والإجتماعية للمعوقين سمميا والذين لديهم بقايا من السمع والكلام بفصول للصم يثبت الإعاقة لديهم ويلغى ما تبقى من الحاسة بما يضر بالمعوق ويؤثر على تواقفه في حين ترى دراسات أخرى أهمية وجود مدارس خاصة للصم وضعاف السمع مما يزيد من احساسهم بالأمن والحماية نظرا لتواجدهم بين قرنائهم الذين يتفاهمون معا بسهولة ويسر.

٤- الخدمات المهنية: والتي تساعد المعاق سمميا على التدريب على مهنة تتناسب مع قدراته الخاصة ومهاراته وظروف الشخصية والإجتماعية، لم مساعدته على إيجاد العمل المناسب مع المتابعة المستمرة لتلليل ما يصادفه من عقبات أو مشكلات.

٥- الخدمات الإجتماعية: إن الخدمات السابق ذكرها لن تحقق الهدف منها مالم تدعم بأنواع أخرى من الخدمات التي تستهدف مواجهة المشكلات النفسية والاجتماعية لتلك الفئة وعلى هذا فإن الخدمات

الاجتماعية تعد حجر الزاوية في مدى قبول المعوق سمعياً لأشكال الرعاية الأخرى بمعنى أن التأهيل النفسي والاجتماعي يجب أن يسبق الخدمات الأخرى ويمهد لها وفي ذلك تأكيد لأهمية دور الخدمة الاجتماعية وطبية للحاجة إلى تكامل الخدمات التي تقدم لهذه الفئة - (وسوف يتم شرح هذه الخدمات فيما بعد بالتفصيل).

نخلص مما سبق عرضه بأن الشخص المعوق سمعياً يحتاج إلى خدمات متكاملة طبية ونفسية وتعليمية ومهنية واجتماعية تمكنه من التغلب على الآثار التي خلفت من عجزه وذلك بهدف إعادة تنظيم وبناء طاقاته حتى يمكن التفاعل مع البيئة التي يعيش فيها والمشاركة في نشاطاتها والإتصال بغيره من أفراد المجتمع؛

وحتى تحقق تلك الخدمات الهدف منها فإنه من الضروري توافر مراكز تشخيص وعلاج أمراض السمع والكلام والعلاج التخاطبي السمعى الذى يساعد على تنمية القدرات الصوتية والسمعية واللغوية للمعاق سمعياً وخاصة للطفل ضعيف السمع كما أن اختيار الساعة المناسبة وتركيبها وضبطها حسب قدرة الطفل على السمع أو حسب النقص السمعى للمعوق دوراً هاماً فى المراحل العلاجية والتدريب التخاطبى السمعى والتعليم والتدريب المهني^(٢٧).

دور الأسرة تجاه الطفل المعوق سمعياً:

يتأثر الطفل بالسمع حتى فى مرحلة ما قبل الولادة، وتشير كثير من الدراسات إلى أن الجنين فى مراحل نموه الأخيرة، وقبل ولادته، يتأثر بالأصوات المختلفة فى البيئة المحيطة بالأم، كما لوحظ بأنه يترجع للأصوات العالية أو المزعجة وهو مازال داخل رحم الأم.

أما بعد الولادة، فإن الطفل يمر بمجموعة من العمليات يقوم فيها بتعلم الإرتباطات، والتدرب على عمليات التذكر، وتكوين العادات المختلفة، وإقامة العلاقات الاجتماعية مع الأفراد المحيطة به أو من ذوى الأهمية فى حياته، وذلك قبل أن يبدأ فى إستخدام اللغة لفترة طويلة. وتعمل هذه العمليات غير المرئية على تكوين الأساس الذى تقوم عليه عمليات الحديث والكلام، وهو

ما يعتبر من الأمور الضرورية لتنمية القدرات الذهنية الخاصة بالإنسان بالآخرين.

ويبدأ الطفل في تفهم الأحداث التي تقع في البيئة المحيطة به داخل الأسرة إذا مسمح له الوسط الاجتماعي الذي يعيش فيه بذلك عن طريق مساندته وتلبية حاجاته وعدم حرمانه، مما يدفعه بالتالي إلى الربط بين المواقف الأسرية المختلفة ولإرضاء حاجاته من جهة، وإلى التعرف على عالمه الصغير المحيط به من جهة أخرى.

كذلك يبدأ الطفل في التعرف على كيفية عمل الأشياء المختلفة، وعلى أبعاد المواقف الحياتية المتنوعة التي تمر به، وأغراض الآخرين وأهدافهم، كما يبدأ في تكوين الخطط التي يحتاج إليها لمقابلة مختلف المواقف تبعاً لخبراته السابقة والجديدة المكتسبة، على الرغم من بساطة تلك الخطط وطفوليتها.

ونظراً إلى أن الطفل الأصم محروم من استخدام اللغة التي تعتبر أداة اتصال كما تعتبر من الأمور الضرورية اللازمة للتعامل مع المفاهيم التي تشكل بدورها أساس التراث الثقافي بجميع جوانبه، فإنه يجد نفسه عاجزاً عن المشاركة بشكل تام في مجالات الحياة الاجتماعية والاقتصادية مالم يتقن استخدامها. وتؤدي العزلة التي يفرضها الصمم على الطفل إلى تعطيل إستفادته مما لديه من قدرات طبيعية وإستعدادات، لأن جميع الأطفال الأسوياء منهم وغير الأسوياء لديهم الرغبة في المعرفة ولا ينقصهم الدافع إلى حب الإستطلاع وإلى البحث والتجربة والتعرف على الأشياء واكتشاف الحقائق.

ومن أهم الأعمال التي يمكن لأسرة الطفل المعوق سمعياً القيام بها هو السعي لمنع حدوث الشعور بالعزلة أو تعميقه نتيجة لحرمان الطفل من سماع ما يدور حوله. ويعتمد تحقيق هذا الهدف على العلاقة القائمة بين الطفل المعوق سمعياً وأفراد أسرته الذي يمكنهم أن يلعبوا دوراً هاماً في هذا المجال. وبما أن مشاعر الطفل المعوق سمعياً تتجه نفسه تعتبر انعكاساً لمشاعر المحيطين به تتجههم وتجاه إعاقته، فسوف يتأثر بطبيعة نظرتهم إليه مما قد يؤثر تأثيراً سلبياً عليه من جميع الوجوه، مالم يعمل هؤلاء الأفراد على تقبل إعاقته الطفل بشكل طبيعي خال من التحيز أو الإضطهاد.

وببدأ دور الأسرة منذ اللحظة الأولى التى تكتشف فيها مشكلة الطفل . وإحتمال إعاقته بإعاقته سمعية، إذ عادة مايشعر الوالدان بوجود خلل ما فى قدرة الطفل على السمع نتيجة لعدم استجابته للمثيرات السمعية المحيطة به والتى تصل لمسامعه بشكل طبيعى، أو لعدم انتفاعه إلى مصدر الأصوات بالمستوى المتوقع بعد مايلغ الشهر الثالث أو الرابع من العمر، وهو مايمت فى الوالدين شعور بالخوف والقلق ويدفعهم إلى البحث عن ذوى الاختصاص الذين يمكن التحدث إليهم فى هذا الأمر. وعادة ماتتجه الأسرة إلى إستشارة الأطباء المختصين، غير أن مايجب التأكيد عليه هو أنه مهما كانت نتيجة الامتشارة الطبية فإنه يتحتم عليهم عدم التردد فى أشجار الطفل بالتقبل والتفهم لللازمين على الرغم من إعاقته، فالحب والتقبل هما مفتاح الطريق نحو حث الطفل وتشجيعه على تقليد غيره من أفراد الأسرة ومحاولة إصدار الأصوات من أجل السيطرة على أجهزة الكلام وتنمية القدرة على الحديث. ويشير العلماء إلى أهمية العلاج المبكر فى حالة إمكانية إستخدام الوسائل المعينة على السمع، إذ يجب تزويد الطفل الأصم بالسماعات قبل أن يبلغ السنة الأولى من العمر إذا أردنا له أن يتعلم الكلام بشكل سليم، خاصة فى حالة وجود بعض بقايا الأحاسيس السمعية مهما تضاءلت.

وفى الوقت الذى ينصح فيه بمعاملة الطفل الأصم على أنه لا يختلف عن الأسوياء وأنه جزء لا يتجزء من الأسرة، فإنه يجب التحذير من أن الأفراد فى فرض الحماية على الطفل وإبداء العطف غير المحدود تجاهه قد يضران به ويحرمانه من إستخدام قدراته للتعبير عن نفسه وعن مشاعره، كما قد يؤديان إلى توجيهه نحو أخذ جميع الأمور بسهولة وعدم القيام ببذل الجهد اللازم من أجل تحقيق أهدافه الشخصية. كما يجب الإشارة إلى أن توفير الجو المناسب لا يتوقف عند حد تشجيع الطفل نحو الميل إلى إقامة علاقات اجتماعية إيجابية فقط، وإنما يعمل على دفعة بدون حدود إلى الإقدام على البحث والإكتشاف والتعرف على الأشياء وإلى المبدأة. أما الجو الأسرى غير المناسب، فإنه يؤدى إلى كف الرغبة لدى الطفل فى إستخدام حواسه وقدراته واستمداداته الطبيعية لإكتشاف البيئة وتنمية قدراته العقلية.

ويحتاج أولياء أمور الأطفال الصم وضعيفى السمع إلى بذل مجهود

كبير، وإلى التحلى بفضيلة الصبر لمواصلة الحديث إلى أطفالهم باستمرار حتى ولو لم يصدر من الأطفال ما يفيد استجابتهم لذلك، كما يستغرق الأمر كثيراً من الوقت لبناء قواعد إستخدام اللغة عن طريق الربط بين الكلمات كأسماء وبين مسمياتها من الأشياء أو النشاطات الدالة عليها. وقد إتضح أنه من المستحيل لإحلال أى طريقة أخرى مكان الدور الذى يمكن أن يقوم به الوالدان فى تكوين خبرات مشتركة مع الطفل الأصم لكى يفهم وظيفة اللغة ومساعدته على إستخدام الكلمات. فالطفل المعوق سمعياً المتوافق والذى يشعر بتقبل الآخرين له يبدى كثيراً من الإهتمام بوالديه ويعمل على الإلتفات إلى شفاههما أثناء حركتهما فى الكلام مما يساعد على الربط بين نطق الشفاه والأشياء المختلفة ذات العلاقة بتلك الكلمات أو غيرها من نشاطات الأهل أو إشاراتهم أو تعبيرات وجوههم.

وهناك كثير من الوسائل التى تساعد الطفل على إستخدام الصوت فى بداية تعلم الكلام، فهو قد يبدأ أولاً فى تقليد الشفاه ثم يعمل على الربط بين حركات الشفاه والذنبليات التى يمكن أن يتحسسها عن طريق لمس رقبتة أو رقاب الآخرين. وتقوى هذه الرابطة عندما يبدأ الطفل فى ملاحظة حركات شفاهه ولسانه فى المرة.

ويشعر الطفل بسعادة غامرة عندما يشعر بتشجيع والديه وإبداء رضاهم عنه وتقبلهم له وبخاصة بعدما يبدأ فى التعامل معهم عن طريق الكلمات. ولتعويض ما يحمله الصوت من معنى فإنه يجب إحاطة الطفل المعوق سمعياً بجو من الألفة والمحبة والعطف والتقارب عن طريق ضم الأم للطفل، وملاعبته، والتحدث إليه، والقائه له والضحك معه، حتى تعمل على استثارته ودفعه إلى الحديث بشكل طيعى.

١) بعض الطرق المقترحة لمساعدة أولياء أمور الأطفال المعوقين سمعياً:

نظراً إلى أن مشاركة آباء الأطفال المعوقين سمعياً فى العناية بهم وتدريبهم وإخراجهم من عالم العزلة الذى يفرضه الصمم أو ضعف السمع تعتبر ضرورية ولا يمكن الاستغناء عنها، لذا فمن الضرورى تصميم برامج لمساعدة هؤلاء الآباء كى يستطيعوا مساعدة أبنائهم. وهناك مجموعة من النشاطات المقترحة التى يمكنها المساهمة فى هذا المجال، وأهمها:

١- الإرشاد النفسى

يعانى بعض أولياء أمور المعوقين سمعياً من القلق النفسى الذى ينتج عن حيرتهم وتخوفهم على مستقبل أبنائهم دراسياً ومهنياً، بالإضافة إلى شعور بعضهم بعدم القدرة على الإنتماء للطفل بسبب إفتقارهم إلى وسيلة إتصال مشتركة بينهم. ويمكن لخدمات الإرشاد النفسى إعداد هؤلاء الآباء لتقبل الحقيقة والتخلص من الضيق والقلق مما يعمل على المساهمة فى تحرير قواهم النفسية ومن ثم قواهم العامة، وبحيث يكونوا قادرين على مساعدة أبنائهم على أفضل وجه ممكن.

٢- الإرشاد الاجتماعى:

يستطيع العاملون فى هذا المجال تقديم خدماتهم عن طريق استيفاء المعلومات اللازمة وعمل ملف للطفل يحتوى عن تاريخ الأسرة الصحى وعلى نتائج مايجرى من مناقشات مع أفراد أسرة الطفل المعوق سمعياً، وبيان آمالهم وطموحاتهم أو حيرتهم وعدم وضوح الرؤية لديهم تجاه طفلهم المعوق. وعن طريق نتائج المقابلات والمناقشات وما أمكن ملاحظته أو التوصل إليه من معلومات عن الطفل خلال حياته المدرسية أو المؤسسية، يمكن مشاركة الأسرة فى وضع برنامج كفيل بتنمية قدرات الطفل الاجتماعية ولإيجاد فرص الإتصال واستخدام خبراته الخالية خاصة فى مجال التدريب على النطق وقراءة الشفاه لكيلا يعيش خلف جدران العزلة والإنطواء.

٣- الإرشاد الطبى:

بعدما يتم تشخيص الطفل على أنه معوق سمعياً (فإن الوالدين عادة ما يصادفان مشاكل جديدة تتمثل فى شعورهم فى البداية بالصدمة والحزن وحتى إنكار حدوث الإصابة أصلاً ورفض تقبل الحقيقة) فإنهما يبدآن فى البحث عن المساندة والمشاركة وتماطف غيرهما معهما. وتتمثل المساندة المطلوبة فى وجود طرف ثالث ينصت إليهما أثناء تعبيرهما عن مشاعرهما قبل أن يبدأ الطبيب أو الاختصاصى الطبى فى تقديم المعلومات الضرورية ونصائحه اللازمة للعناية بالطفل والإتفاق على برنامج زيارات ومتابعة طبية.

٤- برامج تعليم الآباء:

وتعتمد هذه البرامج على الحقيقة القائلة بأن توافق الطفل فى حياته إنما

يعتمد إلى حد كبير على مدى توافق والديه في حياتهم، وعلى قدرة الأبرين في العناية بطفلهما ومقاولة حاجاته بشكل إيجابي. وتهدف مثل هذه البرامج إلى مساعدة الآباء على تقبل أبنائهم وزيادة فهمهم، وعلى تقديم المعلومات المتخصصة لهم في كيفية تدريب الطفل والعناية بتعليمه من أجل الوصول به إلى التوافق مع المجتمع المحيط بسهولة، والتخلص من الشعور بالصراع. وتأخذ برامج تعليم الآباء أشكال كثيرة منها:

* التعليم الذاتي عن طريق القراءة والإطلاع والبحث واكتساب الخبرات الذاتية.

* ما يقدمه ذور الإخصاص في هذا المجال لأولياء الأمور.

* ما يقدمه الآباء لبعضهم البعض.

* المساهمة في جميعات الآباء الأهلية لمساندة المعوقين.

وتعتمد برامج تعليم الآباء بشكل رئيسي على المعلومات المهنية المتخصصة المتوفرة في مجالات الصحة النفسية لولي الأمر وطفله، وعلى التفهم الشامل لطبيعة الإعاقة وكيفية علاجها أو تصحيحها، وعلى المعلومات الواقعية عن نواحي القوة والضعف لدى الطفل المعوق.

* مجالس الآباء أو الزيارات الدورية للمدرسة أو المؤسسة التي ينتمى إليها الطفل (٢٨).

دور الخدمة الاجتماعية مع المعوقين سمعياً:

قبل التطرق إلى دور الخدمة الاجتماعية مع هذه الفئة يجب التطرف إلى مستويات الوقاية وحماية الأطفال من هذه الإعاقة وذلك على النحو التالي:

١- الدور الوقائي:

تعتمد برامج الوقاية في مجال الإعاقة على مدى إدراكنا وتفهمنا للعوامل المسببة وكيفية حدوثها وآثارها الجسمية والنفسية والعقلية وعلى تفاعل كل منها مع غيره من العوامل ويمكن تصور هذا الدور على عدة مستويات.

أ- المستوى الأول: منع حدوث الإعاقة السمعية:

ويتم عن طريق دعم برامج رعاية الأمومة والطفولة والوقائية من الحوادث بأنواعها وتحسين الأوضاع الغذائية ودعم البرامج الصحية، وإصدار التشريعات التي تكفل إيقاف ممارسة بعض العادات التي تسبب الإعاقة وكذلك خطر تداول المستحضرات والمقاقير التي يؤدي إستخدامها إلى حدوث الإعاقة السمعية. ويتمثل الدور الرئيسي للأخصائي الإجتماعية على هذا المستوى في التوعية بالعوامل المسببة للإعاقة السمعية وأساليب الوقاية منها. (٢٩)

ويمكن النظر إلى هذا الدور من خلال توعية المقبلين على الزواج ولديهم فرد معوق سمعياً في الأسرة من ضرورة القيام بإجراء التحاليل اللازمة لمعرفة مدى وجود أصول جينية موروثة لديهم والتي قد تؤدي إلى إعاقة أطفالهم سمعياً، هذا بجانب توعية الأمهات الحوامل بالأخطار الناتجة عن تسمم الحمل وتناول بعض العقاقير الطبية أثناء فترة الحمل وضرورة تحصينهم ضد الفيروسات والأمراض المسببة للإعاقة السمعية مثل الحصبة الألمانية والالتهاب السحائي والغدد التكفية... الخ. هذا مع ضرورة متابعة الأطفال بالمدارس وأماكن تجمعاتهم لتوعيتهم بعدم التعرض للأخطار والحوادث التي تؤدي إلى فقدان القدرة على السمع (٣٠).

ب- المستوى الثاني: الكشف المبكر لحالات الإعاقة السمعية:

يقصد بالتشخيص المبكر - الكشف عن حالات إعاقة الطفل قبل أن يصل إلى مرحلة الدراسة الرسمية، لكي يمكن تقديم خدمات مناسبة له ولأسرته ومحاولة الإقلال من الآثار الناتجة من إعاقة. وعلى الرغم من أهمية الكشف المبكر عن حالات الإعاقة السمعية، إلا أنه للآن يعتبر هذا المجال جديداً في مجال الخدمة الإجتماعية. ويمكن تصور خطوات الكشف المبكر عن حالات الإعاقة السمعية - من وجهة نظر الخدمة الإجتماعية - في أربع خطوات هي:

١- حضور الطفل:

وهذه تمثل المشكلة الرئيسة للأخصائي الإجتماعي، فيمن سيخضّر له الطفل حتى يمكن توقيع الكشف عليه وخاصة أن الإعاقة السمعية غير

ظاهرة، حيث أن الوالدين يترددان في إحظار الطفل حتى لا يعترفان بأن لديهم طفلاً شاذاً، كما أن الاختصاصيين في المجال الصحي أو الاجتماعي ليس لديهم التدريب الكافي في تحديد حالة الطفل. ويمكن التغلب على هذه المشكلات بعدة وسائل بدأ بتبنى حملات إعلامية على نطاق واسع وحتى تحمل الدولة للإشراف على البرامج التشخيصية والعلاجية وإجراء مراجعة شاملة لجميع أطفال المجتمع قبل السن المدرسي.

٢- حماية الطفل:

وتشمل هذه الخطوة تقسيم الأطفال إلى فئات، إما كمعوقين في حالة غير مستعمية (إعاقات بسيطة) أو في حالة متأخرة (إعاقات شديدة) أو غير معوقين أو متأخرين (عاديين). وفي هذه المرحلة يقسم الأطفال وفقاً لحالة الجهاز السمعي لديهم.

٣- تحديد الطفل:

وتتضمن هذه الخطوة فحص التطور الحركي واللغوي والمعرفي والاجتماعي والعاطفي للطفل لتقرير عما إذا كان هناك قصور في نموه وتحديد مواطن القوة والضعف في الأسرة وصياغة خطة العلاج. وقد تتضمن هذه الخطوة إجراء اختبارات جسمية وعصبية، ودراسات لبيئة الأسرة وذلك لتحديد برنامج مبكر للعلاج. وتعد هذه الخطوة هامة من حيث أنها ستوفر قدراً كبيراً من البيانات اللازمة لتقليل الوقت المطلوب لبداية العلاج.

وفي هذه الخطوة يتم تحديد درجة إعاقته السمعية والتعرف على إمكانياته وقدراته وكذلك معرفة مدى وجود حالات مماثلة بالعائلة من عدمه ومدى إمكانيات الأسرة للمساهمة في علاجه.

٤- ربط الطفل والأسرة بالعلاج:

يتطلب هذا الربط استخدام البيانات التي تم تحديدها في المرحلة السابقة لتحديد الخدمات المطلوبة. وتتضمن هذه المرحلة برامج خاصة للإعاقعة السمعية بجانب برامج مشتركة تقدم لأسر الأطفال المعوقين سمعياً لتعليمهم فنون معاملة الطفل المعوق سمعياً وخاصة فيما يتعلق بأنماط السلوكية والأزمات التي من الممكن أن تعترضه والتعامل مع مشكلاته السيكلوجية



والاجتماعية بجانب ضرورة إلمامهم بالطرق العملية فى التواصل مع الطفل المعوق سمعياً.

٢- الدور الإنمائى:

يقصد بها البرامج التى تهدف إلى تنمية شخصية الطفل المعوق سمعياً وزيادة أدائه الاجتماعى ودعم السلوك الاجتماعى لديه. ويمكن لبرامج الخدمة الاجتماعيه أن تزيد من الأداء الاجتماعى للمعوق عن طريق:

- إستعادة المعوق لقدرته على الأداء الاجتماعى الملغوب.

- وقايته من معوقات الأداء الاجتماعى.

- مساعدته على تنميه قدراته ليعمل على رفع مستوى أدائه

الاجتماعى.

دور خدمة الفرد مع المعوقين سمعياً:

ويقوم الأخصائى فى إطار ذلك بمساعدة المعوقين لكى يستثمروا ما تبقى لديهم من قدرات فى زيادة أدائهم الاجتماعى من خلال الخبرات الجماعية التى تدور حول الإهتمامات المشتركة لهم. وكذلك يمكن مساعدتهم على تحليل أدوارهم عن طريق التغيرات التى تحدث فى سلوكهم كاستجابته لما يتوقعه أفراد المجتمع المحيط منهم. ويساعد الأخصائى الاجتماعى للطفل المعوق على أن يغير من سلوكه غير المقبول إيجابياً وتنمية السلوك الإيجابى.

ويتضمن الدور الإنمائى للأخصائى الاجتماعى مع المعوقين سمعياً توجيههم وتأهيلهم مهنيًا ويتم ذلك من خلال ثلاث خطوات هى:

أ- التخطيط للحالة وتقرير الخدمة:

وهى تعد الخطوة الأولى قبل التدخل المباشر لتقديم الخدمة. وفى هذه المرحلة يجب على الأخصائى الاجتماعى أن يفهم ويقيم الشخص والموقف من ناحية العوامل البيولوجية والثقافية والاجتماعية التى قد تؤثر فى الطفل وتوقعاته نحو المهنة التى سيتم تأهيله فيها. ويشمل هذا التقرير توضيح لدرجة إعاقته ومهارات التفاعل الاجتماعى والمهارات الأكاديمية والقدرات الواجبة لمهنة معينة. ويمكن للأخصائى أن يقوم بالمواءمة بين أهداف وقدرات الطفل

المعوق سمعياً وبين أنواع الخدمات المقدمة، ثم يضع خطة أولية مفصلة بالإتفاق مع الجهة التي سيتم فيها عمليات أو التأهيل يوضح فيها إحتياجات الطفل والمشاكل الواجب التعامل معها.

ويراعى في تحديد المهنة التي سيؤهل فيها المعوق سمعياً أن تتوافق مع إمكانيات وقدرات إعاقته السمعية وألا تعتمد على الحس السمعى.

ب- التدخل المباشر:

بعد وضع الخطة المناسبة بعد الدور للأخصائى الإجتماعى فى هذه المرحلة هو إعداد الطفل للعمل، فهو يساعده فى التعرف على المهنة التى سيتم تأهيله فيها، ويجب عليه فى هذه الحالة أن يقوم بتشجيعه ودفعه نحو تحقيق أهداف عملية التأهيل. ويظل الأخصائى الإجتماعى فى تقديم إستشاراته من خلال الزيارات المنزلية للطفل وأسرته وكذلك زيارة موقع العمل للملاحظة أداءه فى العمل والإتصال بالمقائمين بعملية التأهيل، حتى يمكن تقييم المهن فى ضوء قدرات الطفل. وقد يقوم الأخصائى الإجتماعى بإجراء جهود مكثفة مع أصحاب الأعمال للعمل على مساعدة الطفل فى الاستمرار بالعمل بعد عملية التأهيل.

ج- التحول والإنهاء:

فى هذه المرحلة يجب على الأخصائى الإجتماعى أن ينسب تدريجياً من موقع العمل. وقد تحتاج هذه المرحلة لوقت طويل يصل أحياناً إلى أسابيع أو عدة شهور، خاصة مع الأطفال الذين لديهم إعاقه سمعية شديدة. وقد تكون هذه المرحلة مستحيلة لبعض الحالات، إلا أنه يجب على الأخصائى الإجتماعى أن يطور مجهوده ليقفل من نشاط الخدمة الإجتماعية فى موقع العمل. وقد يتطلب ذلك مناهضة الأخصائى الإجتماعى للطفل عن طريق الزيارات المتابعة لضمان تقدمه.

وقد يحتاج البعض لتقديم الدعم للتدخل المباشر مرة أخرى، وفى حالات أخرى قد يضطر الأخصائى الإجتماعى إلى توجيه الطفل إلى التدريب على عمل آخر. وعموماً، يجب أن تشتمل خطة عمل الأخصائى الإجتماعى على تقييم الطفل خلال مراحل تقدمه فى العمل.

٣- الدور العلاجي.

يقصد به البرامج التي تساعد الطفل المعوق على مواجهة مشكلته وعلاجها، ويمثل توجيه الطفل المعوق نحو الأجهزة التعويضية المناسبة له ركناً هاماً في مساعدته على التكيف. ويتجه العلاج على المستوى الفردي إلى تحديد الواجبات الأساسية للطفل المعوق، وكذا تحديد التوقعات الناتجة عن تلك الواجبات وملائمتها لإمكانياته وقدراته، ثم خلق أدوار جديدة أو تعديل واجبات أدواره. وتتمثل هذه الخطوة في مساعدته على استخدام المعينات السمعية المناسبة لحالته. وتمثل الحياة الجماعية أداة تشخيصية وعلاجية هامة وخاصة مع الأطفال، حيث أن أفضل أسلوب للتعرف على الطفل وتعديل إنجمااته يكون من خلال الجلسة الجماعية، وما يمكن أن نطلق عليه أسلوب العمل والحركة.

ويمكن إستغلال الجماعة في علاج الكثير من المشكلات التي يعانيها الطفل المعوق سمعياً، حيث أن تعرضه لمشكلات التكيف، يزيد بكثير عن تعرض الطفل العادي لتلك المشكلات، ولذلك فللجماعة أثر فعال في علاج موقعه.

ويمكن للأخصائي الإجتماعي أن يقوم بتكوين جماعات للمساعدة الذاتية، حيث أنه هذه الجماعات تتكون من أشخاص لديهم إهتمامات مشتركة ويأتون معاً في فترة زمنية معينة ويقوم كل منهم بمساعدة الآخر والعمل على حل مشاكله.

وفي هذه الحالة ينحصر دور الأخصائي الإجتماعي في العمل مع هذه الجماعات من خلال:

- توفير الإمكانيات اللازمة لمقد مثل هذه الاجتماعات.
 - التحدث مع الأعضاء في الموضوعات العامة والتي تدور حول إهتماماتهم وتوجيههم للخدمات.
 - توجيه الاجتماعات الخاصة بالجماعة.
 - العمل على إبراز دور كل عضو في مناقشات الجماعة.
- وتعتبر الخبرة الجماعية جزء مهم في حياة الفرد بدءاً بالخبرة المبكرة في

جماعة الأسرة ومروراً بخبرات الجماعات المختلفة: مثل جماعات اللعب، المدرسة، الأصدقاء. فمن خلال هذه الخبرات يجد الأفراد القبول أو الرفض وكذلك الإسهام في تنمية فكرتهم عن ذواتهم. كما تسهم تلك الخبرات في مساعدة الأفراد على كيفية التعامل مع الآخرين. فإشتراك الأعضاء الذين يعانون من مشكلات نوعية في جماعة واحدة يعطى إحساساً بالأمن، حيث يشعر كل عضو بأنه ليس وحده الذى يعاني من المشكلة وإنما يشاركه آخرون مثله، وذلك يعزز استعداد كل منهم لمواجهة تلك المشكلة^(٣١).

دور خدمة الجماعة:

وتعمل خدمة الجماعة لخدمة الأصم فى ثلاثة مجالات واضحة حيوية، وهى:

١- المجال التربوى: يمارس أعضاء الجماعات من الصم النشاط الاجتماعى الجهر، كوسيلة ترفهية فى قالب تربوى، يعمل على ترابطهم الاجتماعى، وإدماجهم فى المجتمع. وبذلك يتحقق عامل التكيف مع النفس والغير. وعن طريق النشاط الاجتماعى يمكن تكوين علاقات طيبة مع الآخرين. هذه العلاقات تكون جزءاً هاماً فى حياة الأصم، حيث أنه أحوج الناس إليها. فهى تعلمه بالثقة بالنفس والغير، وتشعره بالتقدير والإحساس بأنه موضع اهتمام الآخرين. كل هذا يعاونه على الاستمرار فى المحاولات التى من شأنها الرقى بنفسه. وإمكانيته دون بأس، وتعاونه على أن يصبح عضواً نافعاً منتجاً.

وعن طريق عمليات خدمة الجماعة، يتعرف الأصم على كيفية التعامل مع الغير، والطريقة السليمة للثقة. وبذلك يخرج من عزله وتقبل عاهته، وبالتالي تزيد خبرته ومداركه وثقافته اللغوية والاجتماعية. كل هذا عن طريق النشاط الجمعى.

٢- المجال العلاجى: يمكن استغلال الجماعة، فى علاج الكثير من المشكلات التى يعانيها الأصم، مثله فى ذلك مثل العاديين. ويلاحظ أن تعرض الأصم لمشكلات التكيف، يزيد بكثير عن الشخص العادى. ولذلك فللجماعة أثر فعال فى علاج موقفه. فمثلاً الإنطواء والخوف من الاندماج

مع الآخرين وكذلك الميول العدوانية، كل هذه المواقف تعالج في الجماعة، فتصبح وسيلة فعالة لتخفيف الضغوط الداخلية، والتخلص من المشاعر السلبية وغرس القيم والاتجاهات البناءة والشعور بالرضا والسعادة. كما أن تحمل الأسم المسؤولية داخل الجماعة، يعالج الكثير من مشاكل عدم الثقة بالنفس والإنكسالية، والكشف عن المواهب والقدرات الخاصة، والعمل على تمهيتها واستغلالها.

٣- المجال الترويحي: للترويح أهمية في إكساب الفرد السعادة. وطائفة الصم في حاجة لهذا الجانب، حيث أنه ليس من السهل عليهم الاستمتاع بوسائل الترفيه العادية. ولذلك تعمل خدمة الجماعة على تهيئة المجالات الترفيهية والترويحية داخل الأندية الخاصة والمختلطة وذلك بقصد تحسين العلاقات الإنسانية، ومقابلة الاحتياجات النفسية والاجتماعية، وزيادة المهارة والخبرة (٣٢).

دور طريقة تنظيم المجتمع مع المعوقين سمعياً:

فضلاً عن دور الخدمة الاجتماعية مع المعوقين سمعياً باستخدام طريقة خدمة الفرد والجماعة فإن لها دور وقائي ودور مع المجتمع يمكن إيجازه فيما يلي:

١- إثارة اهتمام الرأي العام بصفة المعوقين سمعياً وتعريفه بأهمية رعاية تلك الفئة والتعرف على مشكلاتهم مع توجيهه بكيفية التعامل مع تلك الفئة.

٢- الدعوة إلى الاهتمام بالطفل المعوق سمعياً منذ الصغر (خاصة الأصم) وذلك بإنشاء مراكز للتدريب على الكلام والسمع تشخص فيها حالات الإعاقة كما تمجد درجة الإعاقة مع العمل على علاج تلك الحالات طبياً وجراحياً، وتوجيه الآباء والأمهات على كيفية تربية سمع الطفل في المنزل وكيفية رعايته.

٣- الدعوة إلى إنشاء دور حضانة للصم وضعاف السمع حتى يمكن تنمية بقايا السمع والكلام مما يساعد في تنمية الطفل ذهنياً وإدراكياً ويؤثر في تحسين تحصيله في مراحل التعليم الأخرى.

- ٤- الناداة بالاهتمام بمدارس ومعاهد الأمل الخاصة بالمعوقين سمعياً إذ أنها تحتاج إلى امكانيات مناسبة من حيث الوسائل التعليمية والمدرسين المتخصصين في مجال الاعاقة مع أهمية تحفيز المدرسين على العمل والابتكار في أسلوب التعليم مع الدعوة إلى زيادة هذه المدارس بما يتناسب مع إعداد المعوقين سمعياً.
- ٥- يجب توعية المجتمع بهذه الفئة ويقدرتهم على العمل واكتساب الخبرة بالتعليم والتدريب حتى يتقبلهم المجتمع وتتاح لهم فرص العمل والحياة الكريمة.
- ٦- إجراء البحوث النظرية والميدانية للتعرف على برامج الرعاية المقدمة لتلك الفئة وتقييم الخدمات القائمة (٣٣).

مراجع الفصل الخامس

- ١- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمى للكمبيوتر والنشر والتوزيع، الإسكندرية، ١٩٧٧، ص ٩١.
- ٢- مصطفى محمد الحسينى، العلاقة بين ممارسة سيكولوجية الذات والتوافق النفسى الاجتماعى للأطفال الصم وضعاف السمع، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية الخدمة الاجتماعى بالفيوم، جامعة القاهرة، ١٩٨٩، ص ٢٤.
- ٣- عبد الفتاح عثمان، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٩، ص ٦٧.
- ٤- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مكتبة كلية الخدمة الاجتماعية - جامعة حلوان، ١٩٩٥، ص ٤٤٣.
- ٥- مصطفى فهمى، أمراض الكلام، مكتبة مصر، القاهرة، ١٩٧٥، ص ١٠٩.
- ٦- وحول محلدات الإعاقة السمعية يمكن الرجوع إلى كل من:
- بدر الدين كمال عبده، محمد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المرجع السابق، ص ٩٦ - ١٠١.
- مصطفى فهمى، علم النفس، أمراض الكلام، مكتبة مصر، القاهرة، ١٩٧١، ص ٥٢.
- أحمد السيد يونس، مصرى حنوره، الطفل المعوق ورعايته طبياً ونفسياً واجتماعياً، دار الفكر العربى، القاهرة، ١٩٨٢، ١٩٨٢، ص ٨٤.
- ٦- منظمة الأمم المتحدة، المكتب الإحصائى ومركز التنمية والشئون الإنسانية، دراسات غير منشورة، ١٩٨٧.
- ٧- الجهاز المركزى للتعبئة العامة والإحصاء، تعداد السكان والاسكان، ١٩٧٦، المجلد الأول، ١٩٨٠، ص ٥٢.
- ٨- صلاح سليمان، دور علاج ضعف السمع فى إدماج المعوقين فى الحياة العامة، مجلة إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة ج.م.ع، العدد ١١، ١٩٨٧، ص ٦.

- ٩- وحول الأسباب والعوامل المسببة للإعاقة السمعية انظر كل من:
- بدر الدين كمال عبده، محمد حلاوه، الاعاقة السمعية والحركية، المرجع السابق، ص ١٠٨ - ١١١.
 - فتحي السيد عبد الرحيم، حلیم السعيد بشائی، سيكلوجية الأطفال غير العاديين واستراتيجيات التربية الخاصة، دار القلم، الكويت، ١٩٨٠، ص ٥٢٣ - ٥٢٨.
 - مريم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المرجع السابق، ص ٤٤٥.
 - سعدة محمد بهادر، علم نفس النمو، دار البحوث العلمية، الكويت، ١٩٨٦، ص ٢٠٩.
 - ١٠- عطيات ناشد، عبد الفتاح عثمان، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، ص ٢٢٣.
 - ١١- بدرية كمال أحمد، ظاهرة اللجاجة في ضوء العوامل النفسية والاجتماعية، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية البنات، جامعة عين شمس، ١٩٨٥، ص ٩.
 - ١٢- حول العلاقة بين الصم والكلام انظر كل من:
 - مريم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، المرجع السابق، ص ٤٤٧ - ٤٥٠.
 - بدرية كمال أحمد، المرجع السابق، ص ٣٥.
 - مصطفى فهمي، أمراض الكلام، المرجع السابق، ص ٢٨ - ٣٢.
 - مصطفى محمد الحسيني، العلاقة بين ممارسة سيكلوجية الذات والتوافق النفسي الاجتماعي للأطفال الصم وصفات السمع، المرجع السابق، ص ٤٨.
 - ١٣- فاخر عاقل، معجم علم النفس، دار العلم للملايين، بيروت، ١٩٧٩، ص ٧٤.
 - ١٤- وحول الحاجات الإنسانية انظر كل من:
 - أنور محمد الشرقاوي، التعلم، نظريات وتطبيقات، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٣، ص ١٧٠.
 - إبراهيم الغمري، السلوك الإنساني، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة، ١٩٨٣، ص ١٨٣.

- ١٥- مختار حمزة، سيكولوجية للمرض وذوى المعاقات، دار المعارف بمصر، ١٩٥٦.
ص ٧٩.
- ١٦- عبد السلام عبد الغفار، يوسف محمود الشيخ، سيكولوجية الطفل غير العادي،
والترية الخاصة، دار النهضة العربية، القاهرة، ١٩٦٦، ص ١٦٩.
- ١٧- حسين حمدى الطوبجى، وسائل الاتصال والتكنولوجيا فى التعليم، دار القلم،
الكويت، ط (٢)، ١٩٨٠، ص ٤٥.
- ١٨- لطفى أحمد بركات، الفكر الترية فى رعاية الطفل الأصم، مكتبة الخانجى، ص
٨٧.
- ١٩- حسين حمد الطوبجى، مرجع سابق، ص ٤١.
- ٢٠- فتح الباب عبد الحليم سيد، إبراهيم ميخائيل حفظ الله، وسائل التعليم والإعلام،
عالم الكتب، القاهرة، ١٩٨٥، ص ٨.
- ٢١- وزارة الشؤون الاجتماعية، الإدارة العامة لتأهيل الاجتماعى للمعوقين، التأهيل
الاجتماعى رسالة تنمية للمعوقين، الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية، ١٩٨٢،
ص ١١.
- ٢٢- صلاح الدين الحمصانى، تأهيل ورعاية المعوقين فى ج.م.ع، مجلة كلية
الترية، العدد ٣، جامعة عين شمس، ١٩٨٠، ص ٣٨٢.
- ٢٣- هدى محمد قناوى، الكتابة للطفل الأصم، ندوة الطفل المعوق، الحلقة الدراسية
الأقليمية، الهيئة المصرية العامة للكتاب، القاهرة، ١٩٨٢، ص ١١٦.
- ٢٤- فتحي السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، سيكولوجية الأطفال غير العاديين،
واستراتيجيات الترية الخاصة، الجزء الثانى، دار القلم، الكويت، ط (١)، ص
٥٤١.
- ٢٥- بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الاعاقة السمعية والحركية، قضايا
ومشكلات الرعاية الاجتماعية للفتات الخاصة، الجزء الأول، المكتب العلمى
للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص ١٤٢.

- ٢٦- فتحى السيد عبد الرحيم، حليم السعيد بشاى، الجزء الثانى، مرجع سابق، ص ٥٤٩، ٥٥١.
- ٢٧- وحول الخدمات الموجه للمعوقين سمعياً انظر كل من:
- أحمد محمد السهنورى، وآخرون، ممارسة الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مركز السوق الريادى، جامعة حلوان، ١٩٩٨، ص ص ٢٩١ - ٢٩٤.
 - رضا عبد القادر عبد الفتاح، تطوير مناهج العلوم والطلاب للمعاقين سمعياً، مرحلة التعليم الأساسى، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الزقازيق، ١٩٩٢، ص ص ٩٢، ٩٣.
 - شاكر عبد العظيم، لغة الطفل، وحلقة ثقافة الطفل، ١٩٩٢، ص ص ٨٠ - ٨٥.
 - محمد عبد المؤمن حسين، سيكولوجية غير العاديين وتربيتهم، مرجع سابق، ص ص ٩٤ - ٩٦.
- ٢٨- رمضان محمد القلافى، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ١٩٩٣، ص ص ١٤٤ - ١٥٧.
- ٢٩- عطيات عبد الحميد ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة ١٩٦٩، ص ١٢٢.
- ٣٠- عثمان لبيب فراج، مستويات وبرامج الرعاية من العجز والحد من الإعاقة، النشرة الدورية لإتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين بجمهورية مصر العربية، العدد التاسع، مارس ١٩٨٧، ص ص ٢، ٤.
- ٣١- محمد السيد حلاوة، الرعاية الاجتماعية للطفل الأصم فى محيط الخدمة الاجتماعية، مرجع سابق، ص ص ١٤٠ - ١٤٧.
- ٣٢- عطيات عبد الحميد ناشد، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٣٨.
- مريم إبراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، مرجع سابق، ص ص ٤٦٩ - ٤٧٠.
- وحول الاعاقة السمعية وأحتياجات المعوقين يمكن الرجوع إلى:

- Hardy M. L. Speech Reading: In Hearing and Deafness (Davis H., Silverman, R.) New York, Holt, Rinehart and Winston, Inc., 1970.
- Wellman C., Welfare Rights, New Jersey, Rowan and Littlefield, 1982.
- Corsini, R., J., and Editor, Concise Encyclopedia of psychology, Canada, John Wiley and Sons, Inc., 1987.

الفصل السادس

الإعاقة العقلية

- * تقديم.
- * مفهوم الضعف العقلي.
- * تصنيف الضعف العقلي.
- * العوامل المسببة للضعف العقلي
- * السمات المصاحبة للضعف العقلي.
- * مشكلات الضعف العقلي.
- * الرعاية الاجتماعية لضعاف العقول.
- المراجع.

الفصل السادس

الضعف العقلي

تقديم:

يواجه مفهوم الضعف العقلي صعوبة بالغة في التحديد الدقيق له فهناك من يربط بين مفهوم الضعف العقلي والتخلف العقلي. والنقص العقلي، والتأخر العقلي، والإعاقة العقلية، ويرجع هذا الاختلاف وفقاً للميادين المتصلة بالمشكلة،

فالتعريفات الطبية والعضوية تعتمد على وصف سلوك الضعف العقلي في علاقته بإصابة عضوية أو عيب في وظائف الجهاز العصبي المركزي والمتصل بأى داء عقلي بطريقة أو بأخرى، أما التعريفات الاجتماعية فهي تنحى إلى إعتبار أن الصلاحية الاجتماعية هي الحل الأول للتعرف على المتخلفين عقلياً.

وبعد تعريف Heber ١٩٥٩ من أفضل التعريفات التي ظهرت حتى الآن والذي تبنته الجمعية الأمريكية للضعف العقلي وهو حالة تتميز بمستوى عقلي وظيفي دون المتوسط أثناء فترة النمو وصاحب هذه الحالة قصور في السلوك التكيفي للفرد^(١).

هذا ونود الإشارة إلى أن ظاهرة التخلف أو الضعف العقلي قد نالت اهتماماً كبيراً من مجتمعنا في الفترة الأخيرة، وذلك لمبررات اجتماعية وإنسانية، كذلك لأن نتائج الكثير من البحوث أثبتت أن نسبة كبيرة من أفراد هذه الفئة قابلين للتعليم والتكيف النفسي والاجتماعي والمهني وذلك إذا توافرت لهم أحدث وأفضل أساليب التوجيه والتعليم المناسبة لحالاتهم... أما إذا أهمل المجتمع رعاية هذه الفئة ولم يهتم بأفرادها فإن المجتمع حيث سيخسر مرتين الأولى عندما يخسر هؤلاء كأفراد غير متوافقين يعيشون عائلة على المجتمع... والثانية عندما يدفع المجتمع ثمن إعائته لهذه الفئة حيث تنعكس

على أسرهم متمثلة في حالات يؤس وشقاء في حياة أسرهم بما يؤثر على إنتاجهم وأيضاً بدفع المجتمع مساعدات دائمة لهم ولأسرهم... أو عندما يتحمل المجتمع نتائج إنحراف فئة منهم نتيجة سهولة إقيادهم وسوء استغلالهم من قبل المحيطين بهم.

وبالرغم من الاتفاق على أهمية رعاية فئات الضعف العقلي إلا أن الآراء تباينت في أساليب هذه الرعاية ومن هنا كان الواجب بذل الجهود العلمية بهدف معرفة أفضل الأساليب الممكنة لرعايتهم وتنمية مهاراتهم بما يحقق لهم أكبر قدر من التوافق الإجتماعي في المجتمع خاصة وأن ميدان المتخلفين عقلياً أو الضعاف عقلياً يعتبر من الميادين المرتبطة بمهنة الخدمة الإجتماعية التي تقوم على أسس إنسانية تبرز قيمة الفرد وترفض أن يكون العجز والتخلف والضعف مبرراً لأن يخضع الفرد لظروفه... وتؤمن بأن له نواحي قوة يمكن العمل على تميمتها... خاصة أنه قد وجد أن مشكلة الضعف العقلي تعتبر مشكلة إجتماعية قبل أن تكون مشكلة تعليمية.... هذا وتعتبر الأسرة والمدرسة والبيئة والجيران من العوامل المسؤولة عن التوافق الشخصي والإجتماعي لهذه الفئة خاصة أفراد ذو التخلف العقلي البسيط «المورون» اللذين تتوافر لديهم إمكانية معقولة نسبياً حيث يمكن الاستفادة منها إجتماعياً مع التدريب المناسب^(٢)، وستناول في هذا الفصل موضوع الإعاقة العقلية (الضعف العقلي).

٥- مفهوم الضعف العقلي:

هو حالة نقص أو تأخر أو توقف أو عدم إكتمال النمو العقلي المعرفي، يولد بها الفرد أو تحدث في سن مبكرة، نتيجة لعوامل وراثية أو مرضية أو بيئية، تؤثر على الجهاز العصبي للفرد، مما يؤدي إلى نقص الذكاء، وتضع آثارها في ضعف مستوى أداء الفرد في المجالات التي ترتبط بالنضج والتعليم والتوافق النفسي في حدود إنحرافية من معيارين سالبين.

والضعف العقلي مشكلة متعددة الأبعاد، فهو مشكلة طبية ونفسية وتربوية وإجتماعية، إذ أنه يصاحبه عادة اضطرابات نفسية وجسمية وتظهر آثاره في المجال التحصيلي والمجال الإجتماعي والمجال المهني وغير ذلك من

مجالات الحياة (٣).

- ونستخلص من هذا التعريف، أهم خصائص الضعف العقلي فيما يلي:
- ١ - حالة من التوقف الذهني أو عدم إكمال النمو العقلي يولد بها الفرد أو. تحدث له في سن مبكرة.
 - ٢ - ترجع هذه الحالة إلى عوامل وراثية وبيئية أو تكوينية.
 - ٣ - تظهر آثار تلك العوامل في الناحية الذهنية والنمو العقلي للفرد بالإضافة إلى عدم الكفاءة الاجتماعية له.
 - ٤ - تتراوح النسبة المحددة لهذا القصور على النمو العقلي من صفر - ٧٠.
 - ٥ - هذه الحالة تجعل الفرد غير قادر على: مساعدة نفسه، التكيف اجتماعياً أو مهنيًا وعدم الاعتماد على نفسه إقتصادياً.
 - ٦ - تحتاج هذه الفئة إلى رعاية وإشراف متكامل من الآخرين.
 - ٧ - الرعاية المطلوبة لهم يجب أن تتضمن برامج تربوية واجتماعية ومهنية ونفسية وطبية هادفة ومناوبة للسماح العقلية المحددة (٤).

تصنيف الضعف العقلي ٥

يمكن تصنيف ضعاف العقول أو المتخلفين عقلياً عدة تصنيفات بحسب الأساس الذي يتخذ بداية للتصنيف، أما من حيث الأهداف التي تسمى إليها التربية الخاصة للمعوقين عقلياً والتي تهم القائمين على وضع الخطط التعليمية فإنه يقسمون المتخلفين عقلياً إلى الأقسام التالية:

أ - حالات العزل: وتشمل من تقل نسبة ذكاءهم عن ٢٥ وهؤلاء هم المعتوهون.

ب - القابلون للتدريب: وينحصر ذكاءهم بين ٥٠ - ٢٥ ويسمون بالبلهاء.

ج - القابلون للتعليم: وهؤلاء يمثلون أعلى مستوى للذكاء بين ضعاف العقول وتنحصر نسبة ذكاءهم بين ٧٠ - ٥٠ ويطلق عليهم فئة

«المورون» و «المأفون»^(٥).

ويمكن توضيح خصائص كل فئة من الفئات السابقة كما يلي:

(١) حالات الضعف العقلي البسيط Mild Mental Subnormality

ويطلق عليهم «المورون» Morns وتشمل حالات الأطفال الذين لا يتجاوزون في تصرفاتهم أو تفكيرهم أو سلوكهم عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلي، من هم في سن تتراوح ما بين سبع أو عشر سنوات من الأطفال العاديين^(٦).

وحالات الضعف العقلي من هذا المستوى يمكن تعليمهم Educable^(٧) مبادئ القراءة والكتابة والعمليات الحسائية البسيطة، ونادراً ما يستطيعون الإستمرار في الدراسة بعد الصف الرابع أو الخامس الابتدائي ولكنهم يستفيدون من الآخرين كما يمكن تدريبهم على كثير من الأعمال مثل التجارة البسيطة، السجاد، الخيزان، التجليد، تربية الدواجن، فلاحه البساتين، النسيج اليدوي... إلخ من الوظائف الأخرى البسيطة^(٨) كما يتسم ضعيف العقل من فئة المأفون أو المورون بأنه:

- مستقل عن الآخرين نسبياً.

- يمكنه الإعتماد على نفسه.

- متوسط الطبع^(٩).

(٢) حالات التخلف العقلي المتوسط Mental Moderate Subnormality

ويطلق عليهم «الأبله» Imbecile وهي الحالات التي تتصرف وتسلوك عندما يبلغون أقصى درجات نموهم العقلي كأطفال عاديين في سن ثلاث سنوات إلى سبع سنوات وهم عادة غير قادرين على الإفادة من الدراسة الإعتيادية في المدارس العامة ولكن يمكن تدريبهم Trainable على العناية بإحتياجاتهم الشخصية كما يمكنهم التدريب على الأعمال الرتيبة المتكررة غير المعقدة التي لا تحتاج إلى تفكير عميق ولكن تحت إشراف^(١٠)، ويتسم

ضعيف العقل من فئة الأبله بأنه:

- يعتمد على الآخرين نوعاً.

- حاد الطبع قد يبدو مرحاً معظم الوقت وقد يبدو مكتئباً أو متوعد المزاج أو مخرباً عدوانياً.

ل(٤) حالات التخلف العقلي الشديد: Severe Subnormality

ويطلق عليهم فئة «المعتوه» Jdior وهم الحالات التي تنصرف عندما يلبثون أقصى درجات نموهم العقلي كأطفال عاجزين في سن لا تتجاوز الثالثة من العمر، ومن خصائصهم العقلية أنهم غير قابلين للتعليم أو التدريب للقيام بأى عمل، ولكن قد يمكن تدريبهم للتعبير عن إحتياجاتهم ورعاية أنفسهم من الإصابة الجسمية يكونون عرضة للإصابة بالأمراض أكثر من هم في سنهم ولذلك فهم لا يمرون طويلاً، أغلبهم يحتاج إلى رعاية فى مؤسسات خاصة. إذا تعذرت رعاية الأسرة له ولهم سمات معينة مثل:

- أنهم يعتمدون على الآخرين تماماً.

- لا بد من ملاحظاتهم بطريقة مباشرة على الدوام.

- أنهم حادين الطبع جداً (١١).

ثالثاً: العوامل المؤدية للإصابة بالضعف العقلي:

هناك الكثير من التصنيفات التي حددت العوامل المسببة للتخلف العقلي وتباينت من حيث الشكل دون المضمون وتقسيماتها من حيث نوعية العوامل وليس طبيعتها... فهناك إجتاه يهتم بتحديد طبيعة تأثيرها وراثية - مكتسبة - وراثية ومكتسبة... وبينما يوجد إجتاه آخر يحدد تلك العوامل من حيث المراحل التي يمر بها الطفل ويطلق عليها عوامل مرحلية وأثناء الحمل - أثناء الولادة - بعد الولادة - تنبؤية... إل.

وفيما يلى نستعرض العوامل الرئيسية للضعف العقلي حيث يقسمه العلماء إلى طائفتين:

١ - ضعف عقلى أوى أو وراثى .

٢ - ضعف عقلى ثانوى أو مكتسب .

(١) العوامل الوراثية المؤدية للإصابة بالضعف العقلى نوجزها فىما يلى .

(أ) إصابة المخ الناتجة عن تسمم الأم بالرصاص أو الزرنيخ أو أكسيد الكربون .

(ب) تكوين الخلايا وتحدث نتيجة التغيرات التلقائية التى تطرأ على الجينات التى تحمل الصفات وتعرف هذه التغيرات بالطفرة العاملة حيث ينشأ عنها وجود صفات جديدة بالنوع تنتقل من جيل لآخر .

(ج) إختلاف دم الأم عن دم الطفل R. H. ولقد ثبت أن فى حالة أم سالبة وأب موجب قد يؤدى إلى وفاة الجنين فى رحم الأم أو تصاب خلايا المخ مما يترتب عليه حالة التخلف العقلى .

(د) تجمع عنصر النحاس بكميات غير طبيعية فى المخ ويكون ذلك نتيجة اختلال الانزيمات التى تؤثر فى الجهاز العصبى وخاصة من حيث التفاعل الكىماوى والعمليات الكهربية فى المخ .

(هـ) خلل فى قدرة الجسم على التمثيل الغذائى للمبروتين ينتقل عن طريق الوراثة من الآباء للأبناء وهذا يؤدى إلى تخلف عقلى إذا لم يكتشف ويعالج فى الأسابيع الأولى من ميلاد الطفل .

العوامل المكتسبة المؤدية للإصابة بالضعف العقلى :

وهى تلك العوامل التى تتصل ببعض الأمراض التى تصيب الأم أثناء فترة الحمل والتى تؤلى بدورها إلى بعض الاضطرابات فى تركيب الخلايا إلى تسبب التخلف العقلى أو تصيب الطفل أثناء عملية الولادة وأيضاً العوامل التى يتعرض لها الطفل بعد الولادة... وفيما يلى نستعرضها بإختصار :

(أ) عوامل تتعرض لها الأم الحامل وتؤثر على الجنين :

* إصابة الأم بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الأولى من الحمل .

* تسمم البلازما

* إصابة الأم بمرض الزهري خلال مراحل نمو الجنين المتأخرة وذلك نتيجة ما يفرزه المرض من ميكروبات.

* نقص الأوكسجين أثناء فترة الحمل يؤدي إلى تلف أغشية المخ.

* تعرض الأم الحامل لبعض الإصابات الداخلية كالسقوط أو وجود الجنين في موضع غير عادي في الرحم بالإضافة إلى حدوث رضوض وصدمات بدماغ الجنين بما يؤدي إلى تلف بعض خلايا المخ.

* تعرض الأم الحامل للإشعاعات اكس والاشعاع النووي وغيرها من الاشعاعات... حيث لها تأثير ضار على خلايا المخ^(١٢).

~~جـ~~ (ب) عوامل يتعرض لها الطفل أثناء عملية الولادة:

* الإصابات التي تصيب رأس الجنين وتحدث نتيجة استخدام الأجهزة أو الأدوات الطبية لتسهيل عملية الولادة.

* الولادة المبكرة حيث يولد الطفل ناقص الوزن والنمو مما يزيد قابلية للإصابات المباشرة بالأمراض.

* زيادة نسبة الصفراء.

* نقص الأوكسجين أثناء عملية الولادة حيث أن النقص إذا استمر أكثر من ثلاث دقائق يؤدي إلى تلف خلايا المخ.

~~د~~ (جـ) عوامل يتعرض لها الطفل بعد الولادة:

* الإلتهابات الحمية الناتجة عن إصابات بكتيرية أو فيروسية أو نقص الفيتامينات بالجسم لمدة طويلة.

* اضطراب الغدد الصماء ونقص افرازاتها كاضطراب الغدة الدرقية والغدة النخامية.

* التسمم يحدث نتيجة تناول العقاقير بطريقة خاطئة أو تناول بعض المواد الكيميائية أو التسمم بالرماس وغيرها من المواد التي لها تأثير ضار على

الجهاز العصبي المركزي.

* اهمال علاج الطفل عند إصابته ببعض الأمراض كالسعال الديكي والحمى القرمزية والحصبة والحمى الشوكية.

* الإصابة بالصرع.

* الحوادث أو الإصابات حيث يسقط الطفل على رأسه في الشهور الأولى أو ترتطم الرأس بجسم صلب. بما قد يؤدي إلى إيذاء خلايا الجهاز العصبي (١٣).

سمات الضعف العقلي:

النمو العقلي كما هو معروف - مفهوم فرضي لا نلمسه ولا نقيسه مباشرة، إنما نستدل عليه من سلوك الفرد في المواقف المختلفة. وفي حالة التخلف العقلي نستدل على البطء في النمو العقلي من ثلاث علامات أو ثلاثة أعراض رئيسية هي: انخفاض القدرة العقلية العامة، والتوافق الاجتماعي السيء، وظهور هاتين العلامتين في مرحلة الطفولة. (Tayler & Sternberg). (1989). وسوف نتناول هذه العلامات الثلاث بشيء من التفصيل.

١ - انخفاض مستوى القدرة العقلية العامة: الذي ينتج عن توقف النمو العقلي وليس عن التدهور العقلي الذي يصاحب الإضطرابات العقلية. وقد حدد علماء القياس النفسي «انخفاض القدرة العقلية العامة» بنسب الذكاء التي تقل عن المتوسط بأكثر من درجتين معياريتين على مقياس ذكاء فردي. مقنن، ويقابلها نسب الذكاء التي تقل عن ٧٠ على مقاييس متاهات بورتيوس للذكاء، و«ستانفورد - بنية» للذكاء، و«وكسلر - بلفيو» للذكاء الراشدين والمراهقين، و«وكسلر» للذكاء الأطفال* المعدل.

٢ - التوافق الاجتماعي السيء في البيت والمدرسة ومع المجتمع: الذي يظهر في استخدام أساليب توافقية تدل على تأخر النضج الاجتماعي والنفسي، وعلى ضعف الاستفادة من الخبرات السابقة. ويسمى دول Doll هذه الخاصية «عدم الاستطاعة الاجتماعية» التي تظهر في عدم

قدرة الشخص على تصريف أموره بنفسه، وقياسها بقياس فاينلاند للنسج الاجتماعي.

أما الجمعية الأمريكية للتخلف العقلي فقد أطلقت على هذا المرض «السلوك التوافقي السيئ» الذي يظهر في النواحي الآتية:

(أ) تأخر إرتقاء المهارات الحسية والحركية في الجلوس والمشي والتسنين، والنطق والتحكم في عمليات الإخراج. ويعتبر التأخر في هذه المهارات محكاً جيداً للسلوك التوافقي السيئ في مرحلة ما قبل المدرسة.

(ب) ضعف الإستعداد للتحصيل الدراسي الذي يظهر في تكرار الرسوب في المدرسة الابتدائية. ويعتبر الفشل في التحصيل الدراسي محكاً جيداً للسلوك التوافقي السيئ في سنوات الطفولة والمراهقة.

(ج) انتوافق الاجتماعي السيئ الذي يظهر في عدم قدرة الشخص على تصريف شؤونه بنفسه، وفي عدم قدرته على تحمل مسؤولياته الشخصية والاجتماعية، وفي فشله في الحصول على عمل يعول به نفسه. ويعتبر هذا العرض دليلاً على سوء التوافق في سنوات الرشد.

٣ - ظهور هاتين علامتين في مرحلة الطفولة وبصفة خاصة الطفولة المبكرة أو المتوسطة ويندر تأخر ظهورهما حتى الطفولة المتأخرة. وهذا يعني أن الشخص الذي لا تظهر عليه علامات التخلف العقلي حتى سن الثانية عشر من عمره لا يحتمل إصابته بالتخلف العقلي في مراحل حياته التالية:

ولا يتفق المؤلف مع الجمعية الأمريكية لرعاية المتخلفين عقلياً في جعل فترة النمو التي يظهر فيها التخلف العقلي من الميلاد إلى سن ١٨ (Kirk & Gallagher 1989) لأن من غير المتوقع أن يكون النمو العقلي عند الشخص مناسباً لعمره الزمني حتى سن ١٢ ثم يصاب بالتخلف العقلي في سن من ١٣ إلى ١٨ سنة.

ومن وجهة نظره فإن الشخص الذي ينمو عقلياً بشكل طبيعي في مرحلة الطفولة، لا يحتمل إصابته بالتخلف العقلي في المراهقة. يؤيده في

هذا أن أقصى عمر عقلي يحصل عليه المتخلف عقلياً على إختبار ستانفورد - بنية للذكاء حوالى ١١ سنة تقريباً مما يدل على أن النمو العقلي عند المتخلفين عقلياً يكتمل عند مستوى النمو العقلي للأطفال العاديين فى سن الحادية عشرة أو أقل من ذلك. وهذا يعنى أن احتمال حدوث التخلف العقلي من بداية الحمل وحتى سن الحادية عشرة أو الثانية عشرة ولا يحتمل حدوثه بعد هذا السن من العمر^(١٤).

المشكلات التى تواجه ضعيف العقل:

وهذه يمكن تقسيمها إلى مشاكل ذاتية وأخرى بيئية:

أولاً: المشاكل الذاتية:

- (١) صعوبة الفهم والإدراك ونقص جميع العمليات العقلية بما فيها التخيل . والتذكر والتعميم والتركيز والإدراك وضعف التحصيل .
- (٢) سيولة الإستهواء وعدم القدرة على تحمل المسؤولية والقابلية للتبعية .
- (٣) الإضطراب الإنفعالى ونوبات العدوان - أو الإنطواء .
- (٤) ضعف الثقة بالنفس .

ثانياً: المشاكل البيئية:

(أ) المشكلات التعليمية:

بطبيعة الحال الطفل المتخلف عقلياً لا تساعده قدرته على التأقلم فى التحصيل مع غيره من الأسوياء، ومن ثم فهو يحتاج إلى نوع من المدارس وأسلوب خاص فى التعليم وأدوات ووسائل تعليمية خاصة فإذا كان الطفل السوى يستطيع أن يمارس التعليم خلال السنوات الدراسية المختلفة فإن ضعيف العقل لا يستطيع أن يواصل هذا إلا حتى السنة الثالثة أو الرابعة الابتدائية على الأكثر، وعلى هذا فلا يجب أن نركز فقط على الجانب التعليمى بل نضيف إليه التأهيل ولا بد من ربط جوانب التأهيل بإتجاهاته الذاتية أى ميوله للممارسة لى معين من العمل أو الهوايات.

(ب) المشكلات القضائية:

ضعف العقل وإدراكه محدود وليس لديه بعد نظر، هذا بالإضافة إلى سهولة الإقناعات والإستهواء، فالغرمين يستخدموهم كوسائل لتنفيذ الجرائم مثل سرقة الموالى فى الرف أو حمل حقائق المخدرات أو إستغلال الفتيات فى الدعارة. وهؤلاء من المفروض ألا يعاملوا بنفس المستوى من المسؤولية الجنائية مثل غيرهم من الأسوء وحتى نستطيع التغلب على هذه المشكلات لا بد من إصدار التشريعات التى تحميهم أو تخفف مسئوليتهم الجنائية وحمايتهم من الإستغلال^(١٥).

الرعاية الإجتماعية لفئات ضعاف العقول:

قبل أن نستعرض مناطق الرعاية الإجتماعية لفئات ضعاف العقول يجدر بنا أن نصصح كثيراً من المفاهيم الخاطئة التى لارتبطت قديماً بالضعف العقلى، نتيجة للأبحاث المعاصرة وأهمها:

١ - العلاقة بين الضعف العقلى وجنوح الأحداث لم تؤكد كالكثير من الأبحاث المعاصرة التى ظهرت إلا أن هناك فرقاً يذكر بين نسبة الجنائحين بين العاديين وبين ضعاف العقول.

٢ - ضعاف العقول - فيما عدا الفئات الدنيا منها - يمكن أن يعيشوا فى بيئتهم الطبيعية دون ما حاجة إلى الإيداع المؤسسى، بل أن المعيشة الطبيعية، إذا ما توفر لها التوجيه والعناية تكون أمثل بيئة لحياة ضعيف العقل.

٣ - ضعاف العقول يمكن لهم أن يكونوا عناصر منتجة فى حدود طاقاتهم وليسوا فئات طالبعها العجز والقصور. وهناك نسبة كبيرة من الفئات العليا والوسطى تعيش معيشة إستقلالية فى بيئاتهم الطبيعية.

٤ - تعقيم ضعاف العقل لحل المشكلة إجماع خاطئ - فأكثر من نصف الحالات أسبابها مكتسبة وليست وراثية.

٥ - لا علاقة أبداً بين الضعف العقلى والمرض العقلى، سواء كانت علاقة سببية أو شرطية أو أى نوع من العلاقات.

مناطق الرعاية الاجتماعية:

أولاً: الكشف المبكر يحتاج إلى أهمية الكشف المبكر لرعاية فئات ضعاف العقول في أهمية الإعداد والتدريب ذاته لحياة الإنسان العادي. ومن ثم إعدادهم للتدريب الخاص الذي يناسب قدراتهم. والكشف المبكر لا يعتمد على الملاحظة العابرة بل فيما يلي بعض العلاقات المساعدة في الفحص المبكر:

(١) بالنسبة للأطفال:

- ١ - تأخر في التسنين والمشى والكلام.
- ٢ - عجز في الإتياء أو الرغبة في الاستطلاع مع درجة من التبلد.
- ٣ - عادات وتصرفات ثابتة في المراحل السابقة من عمر الطفل ولا تتناسب مع ما وصل إليه الطفل من نمو.

(٢) بالنسبة للأطفال الكبار أو مراحل الطفولة المتأخرة:

- ١ - تقدم بطيء في التعليم ليس له ما يبرره من ظروف أو أسباب تدعو لذلك.

- ٢ - عدم القدرة على إتباع التوجيهات البسيطة.

- ٣ - اتجاه شبه دائم لمصاحبة أطفال أصغر سناً.

(٣) بالنسبة للبالغين الكبار: يمكن التعرف عليهم بما يلي:

- ١ - فشل عن بلوغ المستوى المتوسط للتحصيل العلمي.

- ٢ - فشل أو صعوبة في الإحتفاظ بالعمل.

- ٣ - نزعات طفولية وعدم إحساس بالمسؤولية.

- ٤ - عدم القدرة على التركيز أو تتبع للمناقشة.

- ٥ - عدم القدرة على التمييز بين المواقف المختلفة الهام منها أو غير الهام.

وفي كل من هذه الأمور يصحب هذا الكشف عادة إحالة الشخص شخص القياس العقلي والطبي لتحديد مستوى النقص وأسبابه، ومن ثم

رسم خطة للعلاج والتأهيل.

ثانياً: خدمات علاجية وتشمل:

١ - علاج طبي: بالجراحة والتغذية والمقاكير، وخاصة أحماض الجلوتاميك، التي تؤدي إلى صحوة الذهن وتوظيف الطاقة العقلية إلى أقصىها - فضلاً عن الوسائل العلاجية الأخرى التي تعالج أعراض الضعف العقلي الأخرى - كالقزامة أو الدماغ المائي أو الأسنان وما أشبه.

٢ - إعداد تعليمي: ويفضل هنا المؤسسات الخاصة المعدة لضعاف العقول والتي تقوم ببرامجها ومقدراتها وأساليبها على أساس قدرة كل طفل وقابليته للتعليم ليس على أساس المنهج المحدد. وكما ذكرنا فإن الفئات العليا فقط من الضعاف العقلي يمكنها متابعة التعليم الابتدائي على الأقل مع بعض التعديلات الهامة التي تحذف كالمجردات والقواعد اللغوية وما أشبه - ذلك ويتطلب الأمر لتعليم هذه الفئة مدرسين مدربين أهلوا خصيصاً للعمل معهم.

٣ - إعداد مهني: تدل الدراسات الحديثة أن ضعاف العقول من الفئتين العليا والوسطى قادرين على التدريب لأنواع من الحرف لا تتطلب مهارة معينة ويمكنهم بعد فترة الإعداد مزاوله هذه الحرف بأنفسهم ومن ثم اعتمادهم كلياً أو جزئياً على إنتاجهم الشخصي. ومن حرفهم الشائعة - صناعة المقشّات والفرش والسجاد وأشغال الإبرة والخياطة والتغليف والتلميع وأعمال النظافة وما أشبه ذلك.

٤ - إعداد أخلاقي واجتماعي: يختلف ضعاف العقول في سمات شخصياتهم العامة تبعاً لظروف نشأتهم والمستوى أو نوع الضعف العقلي ذاته. فالمنفرد مثلاً عاطفى باسم هادئ يتسم بالإيجابية والتسامح، ومن ثم فمشكلات تكيفه مع البيئة أقل من الفئات الأخرى. ولكن بصفة عامة يمكن القول بأن أثر الضعف العقلي وما يستتبعه من سمات وأعراض أخرى - كتنقص الانتباه أو عدم القدرة على إنتاج الأوامر أو عدم العناية بالمعدات الصحية وعادات النظافة - كل هذا وغيره يؤدي إلى ضعف تكيفه مع الغير، ومن ثم وقوعه في مشكلات دائمة. وبالقدر الذي يختلف فيه الأطفال عامة

من حيث الهدوء أو الثقل وحدة الإثارة أو الإثارة، الإنطواء والانبساط. العناد والتسامح، تكون مشكلات ضعيف العقل في بيئته التي يعيش فيها، أو تتجلى خطورة أعراضها أو بساطتها فلا شك أن ضعيف العقل إذا اتسم بحدة الطبع أو السلوك العدوانى أو سهولة الإستثارة مثلاً كالطفل العادى - تضخمت بذلك مشكلات تكيفه وأصبح عيباً اجتماعياً دائماً على بيئته. وتظهر هنا أهمية التوجيه الفردى والجماعى لإكتساب العادات المقبولة. والتدريب على التعاون والسلوك الاجتماعى المقبول.

٥ - خدمات أسرية: عادة ما تواجه أسرة ضعيف العقل إحساساً بالذنب والشعور بالنقص مما ينعكس على اتجاهاته نحو الطفل، وهى مهمما تنوعت أو تعددت بين العطف واللامبالاة، القسوة أو الزجر، الحب والكرهية، فهى دائماً تحيد عما يجب أن تكون عليه معاملتهم له - وهم هنا فى حاجة إلى مزيد من التوجيه والإرشاد للكيفية الواجب أن يعاملوه بها. حتى يمكن للطفل أن يعيش بينهما. وباستثناء الفئة الدنيا من الضعف العقلى فإنه من الأفضل دائماً معيشة الطفل ضعيف العقل فى أسرته الطبيعية أثناء وبعد فترة إعداده وتعليمه وتدريبه فى المؤسسات الخاصة. ويستثنى منهم هذه الحالات التى يرتبط الضعف العقلى فيها بانحرافات وجدانية خاصة كالعدوان أو العناد وما إلى ذلك، أو تكون الأسرة غير صالحة لإقامة الطفل معها.

٦ - خدمات مجتمعية: وترتبط بالرعاية الاجتماعية لهذه الفئات أيضاً كتوظيف ضعاف العقول فى المؤسسات والهيئات. وقد تمتد هذه الخدمات نحو تهيئة الرأى العام لتقبلهم كمناصر منتجة فى المجتمع أو قد تمتد إلى التشريع باستصدار التشريعات التى تساعد هذه الفئة على المعيشة المستقلة وتوفير الخدمات اللازمة لهم.

ثالثاً: خدمات وقائية:

- ١ - القيام ببحوث علمية محلية لتحديد أسباب ونطاق المشكلة فى مجتمعنا وأفضل الطرق لمواجهتها.
- ٢ - العناية الصحية الشاملة بالحوامل - بالكشف الدائم عليهم صحياً

وإرشادهم لإنباع الوسائل الكفيلة بمنع إصابة الجنين. وذلك وقاية من إصابات المخ المكتسبة.

٣ - العناية الصحية بالأطفال، قبل أو بعد دخولهم المدارس، والكشف المبكر عن الأمراض، التي قد ينتج عنها توقف المخ عن النمو.

٤ - التعقيم أو العزل لتخفيف حدة إنتشار الضعف العقلى الوراثى.

٥ - تنوير رأى العام بأسباب وطرق علاج الضعف العقلى بكافة وسائل الإعلام وخاصة لأهل الريف الذين ما زالوا يرون فى ضعف العقل ولياً من أولياء الله أو تقياً ورعاً يقبلون يديه تبركاً.

ولا شك أن دور الخدمة الإجتماعية فى جميع هذه المجالات واضح وسواء فى مرحلة كشف الحالات أو فى الخدمات العلاجية أو الوقائية فى جميع الأحوال.

العناية بضعاف العقول فى واقعنا المصرى:

تبذل الجهود فى أغلب وزارات الخدمات المعنية برعاية ضعاف العقول، فتقوم وزارة الصحة مثلاً بجانب كبير من عمليات الوقاية من المشكلة وذلك بالخدمات المباشرة وغير المباشرة التقليدية المعروفة، ويتنظر الأخذ ببعض التحسينات الحديثة كوسيلة وقائية. والنسبة للعلاج نلاحظ أن الوزارة ترحب بحالات الضعف العقلى فى مراحله الدنيا فى مستشفيات الأمراض العقلية.

وتقوم وزارة الشؤون الإجتماعية بإنشاء المؤسسات الخاصة لرعاية ضعاف العقول ممن تحول ظروفهم دون البقاء فى بيئتهم كما تشرف على برامج تأهيلهم المهنى^(١٦)

مراجع الفصل السادس

- ١ - فاروق محمد الصاوى، سيكولوجية التخلف العقلى، جامعة الملك سعود، الرياض، ١٩٨٢، ص ٧.
- ٢ - جابر عبد الحميد جابر، الذكاء ومقياسه، القاهرة، دار النهضة العربية ١٩٨٠ ص ٢٤٥.
- ٣ - محمد نجيب توفيق، الخدمة الاجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٨، ص ١٤٥.
- ٤ - عبد السلام عبد الغفار، وآخرين، سيكولوجية الطفل غير العادى والتوجيه الخاص، القاهرة، دار النهضة العربية، ١٩٦٦، ص ٢٢.
- ٥ - محمد مصطفى أحمد، الخدمة الاجتماعية فى مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، ١٩٩٧، ص ١٩٨.
- ٦ - ملاك جرجس، مشاكل الصحة النفسية للأطفال «الدار العربية للكتاب، ١٩٨٥، ص ص ٢٣٨ - ٢٣٩.
- ٧ - حامد الفقى، التأخر الدراسى، «القاهرة»، عالم الكتب، ١٩٧٤، ص ٨٣.
- ٨ - ملاك جرجس، مرجع سابق، ص ٢٤٥.
- ٩ - ف.ج. كروكشانك، «تربية للموهوب والمتخلف» ترجمة يوسف ميخائيل أسعد، القاهرة، مكتبة الأملو المصرية، ١٩٧١، ص ص ١٣٧ - ١٣٨.
- ١٠ - ملاك جرجس، مرجع سابق ص ص ٢٤٠ - ٢٤١.
- ١١ - ف.ج. كروكشانك، مرجع سابق ص ١٣٨.
- ١٢ - عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الإجتماعية والنفسية للمعوقين، القاهرة، مكتبة الأملو المصرية، ١٩٧٩، ص ص ١٢٢ - ١٢٣.
- ١٣ - مصطفى فهمى، سيكولوجية الأطفال غير العاديين، مجالات علم النفس، المجلد الثانى القاهرة، مكتبة مصر، ص ص ١٤٦ - ١٥٧.
- ١٤ - رمضان القلائفى، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ليبيا، ١٩٩٣، ص ص ٢٢ - ٢٣.
- ١٥ - محمد نجيب توفيق، مرجع سابق ص ص ١٤٥ - ١٤٨.

١٦ - عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد. الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي
ومجال رعاية المعوقين رؤية متطورة للواقع العربي مكتبة عين شمس، القاهرة
١٩٩٧ ص ٣٥٩ - ٣٦٥.

وحول مفهومات الإعاقة العقلية وأسبابها أنظر كل من:

- Chinn P. L. Child health Manintance concepts for family
contered care st. lows mosfy, 1978.
- Trad Gold A. F. Saddy K. A. Textbook on Metnoly Defcng,
New York, Hought Mifim Co., 1970.
- William H. and Michael : Excephinal children An,
Introduction survey of special education, Ohio Abell and
Owell Co. 2nd ed., 1984.
- Philip C. Chinn. ED. D. Mental Retardation a life Cycle
oppreach saint lawy, 1975.

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية

(فئة مبتوري الأطراف)

* تقديم.

- مفهوم البتر.
- أسباب الإعاقة.
- أثر البتر على المعوق.
- إحتياجات المعوق جسدياً.
- الخدمة الإجتماعية ورعاية المعوقين حركياً.
- المراجع.

الفصل السابع

الإعاقة الجسمية

(فئة مبتورى الأطراف)

تقديم:

تعتبر فئة مبتورى الأطراف إحدى فئات الإعاقات الجسمية الحركية، وهذه الإعاقة تجعل للمعوقين حركياً إحتياجات ذات طابع خاص تتفق فى شكلها العام مع إحتياجات الأفراد العاديين، تختلف فى مضمونها لتضع إحتياجات خاصة بفئة المعوقين حركياً وخاصة مبتورى الأطراف، وحيث أن الإعاقة الحركية تؤثر بشكل واضح على المعوق مما يجعل هناك مشكلات نوعية لهؤلاء الفئة من المعوقين، وكذلك إستجابات وعوامل متبينة للمعوقين أنفسهم وتساعد طرق الخدمة الإجتماعية فى الحد من حدة المشكلات التى يعانى منها المعوقين، وإستثمار أقصى قدر ممكن من طاقاتهم وقدراتهم المتبقية.

والإعاقة الجسمية هى كل ما يتصل بالعجز فى وظيفة أعضاء الجسم سواء كانت أعضاء متصلة بالحركة كالأطراف أو المفاصل أو أعضاء متصلة بعملية الحياة كالقلب أو الرئتين وما شابه ذلك، والمقصود بالإعاقة الجسمية ليست الحالات العارضة أو الطارئة ولكن الإصابة الجسمية التى لها صفة الدوام وتؤثر تأثيراً حيوياً على ممارسة الفرد لحياته الطبيعية فى المجتمع^(١)، وستناول فى هذا الفصل الإعاقة الجسمية مع التركيز على فئة مبتورى الأطراف.

مفهوم العجز:

العجز حالة من العجز يفقد الفرد فيها أحد أطرافه أو بعضها أو كلها إما بالجراحة أو الحوادث أو خلقياً فى حالة التكوين الجبلى الناقص، وهو نوع من أنواع الإعاقة المستحدثة والمرتبطة بالتقدم الحضارى وإستخدام الميكنة

والآلة وما أشبه ذلك، كما أنه مرتبط بحالات الحرب والسلم التي تعيشها المجتمعات في الوقت الحاضر نظراً لأساليب الدمار الحديثة والتقدم في طرق العلاج للمصابين^(٢).

والشخص المصاب بالبتير هو ذلك الشخص الذي فقد أحد أطرافه أو أكثر أو حتى كلها ونتج عنه إعاقة حركية أثرت على أدائه لأدواره الاجتماعية ومن ثم توافقه الإجتماعي والنفسي في الأسرة والعمل والمجتمع. مما يتطلب تأهيله مهنيًا وإجتماعيًا ونفسيًا لاستعادة كل أو بعض توافقه في المجتمع.

وبناء على ما سبق يتضح أن البتر يعتبر أحد الإعاقات الجسمية الحركية التي يترتب عليها عدم وجود العضو نفسه (العضو المبتور) وبالتالي أفقد الإنسان هذه الوظيفة التي وجد من أجلها هذا العضو وأهميتها (فقد أنا دائماً) مما يؤثر على حياته الشخصية والإجتماعية والمهنية بدرجات متفاوتة تتوقف على حالة البتر ونوعه ومداه وإرتباطها بجوانب حياته وبصفة خاصة الإجتماعية والمهنية^(٣).

أسباب الإصابة بالبتر:

تعدد أسباب البتر تختلف من شخص إلى آخر، ولكننا يمكننا أن نوجزها فيما يلي:

أ - الحوادث:

حيث يتعرض بعض الناس لحوادث مختلفة أهمها حوادث المرور وحوادث الحرائق، كذلك الإصابات أثناء العمل والحوادث في المصانع والإصابات أثناء اللعب، وغيرها من الإصابات التي ينتج عنها بتر عضو أو أكثر من أعضاء الإنسان.

ب - الحروب والكوارث:

نتيجة لإنتشار الصراع المسلح وقيام الحروب بين الدول، وإستخدام كافة المعدات والعتاد العسكري، وما يتعرض له المقاتلين من أخطار نتيجة إستخدام هذه المعدات الحديثة الفتاكة ينتج عنها بتر لأحد أعضاء الجسم أو أكثر من

عضو، كما يحدث البتر نتيجة للكوارث، المفاجئة كالزلازل والبراكين والفيضانات والحرائق التي تتعرض لها كثير من قارات العالم ويكون محصولها الدمار الفادح في الأرواح بجانب حالات الإعاقات المختلفة ومن بينها الإعاقات الجسمية بكل أشكالها.

ج - الأورام والأمراض الخبيثة:

وتنتج عن خلل في وظيفة العضو بسبب الإصابة التي تظهر على هيئة أورام خبيثة سرطانية، ويتطلب الأمر التدخل الجراحي بالبتر لعضو أو أكثر للمحافظة على جسد الإنسان والحد من إنتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم.

د - الأمراض المزمنة:

ويعتبر مرض السكر من الأمراض الشائعة في المجتمعات النامية، وقد ينتج عن إهمال العلاج وعدم التردد على الأطباء إصابة القدمين أو الكفين ببعض الجروح، ونتيجة لإهمال المريض والتأخر في العلاج يحدث بتر أحد هذه الأطراف حرصاً على عدم إنتشار المرض إلى بقية أجزاء الجسم^(٤).

أثر البتر على المعوق الجسمي:

يرتبط بتر الأطراف بمظاهر إشكالية متعددة سواء من الناحية الجسمية أو النفسية أو الإجتماعية للإنسان، مما يتطلب العناية به منذ الإصابة وخلال الجراحة وما بعدها ويمكن عرض هذه الآثار فيما يلي:

١ - وقت الإصابة:

تؤدي الإصابة المباغتة لأحد الأطراف إلى ما يسميه الأطباء بأثر الصدمة Shock والتي قد يترتب على نفس هذه الصدمة مضاعفات قد تؤدي إلى الوفاة لأسباب عصبية كهرومغناطيسية، كما أن أي تأخير في إجراء الجراحة بعد الحادث يشكل تراجعاً في خطة العلاج وإمتداداً لحالة البتر وأحياناً عدم فاعليته، لإستفحال حجم الإصابة والتزيف وما إلى ذلك.

٢ - عند الجراحة:

تنتاب المصابين قبل الجراحة مخاوف شتى يمكن حصرها فيما يلي:

(أ) الخوف من البنج: كشفت بعض الدراسات إلى أن بعض المرضى يخشون من البنج خشيتهم من فقد الوعي المرتبط بحالة الوفاة كما كشفت أخرى عن مخاوف فقدان الوعي ظناً منهم أنهم قد يسيحوا خلال غيبوبتهم بأسرار لا يريدون الكشف عنها، كما تؤثر الخبرات الشخصية السيئة لهم أو لتربيتهم على مقاومة المصاب للتخدير وأحياناً التأثير في مدى فاعليته.

(ب) الخوف من الدم: وهذه تنتاب البعض الذين خبروا مواقف سابقة عن رؤية سيل الدم ومضاعفاته.

(ج) الخوف من الجراحة: تخاط الجراحة عادة بإجراءات تثير الرهبة في نفوس البعض وخاصة مع الأنماط شبه العصابية، فمُنظر غرفة الجراحة والمشارط ورائحة المعقمات داخل الغرفة ومنظر الأطباء يثير المخاوف الوهمية إلى الحد الذي قد يرفض البعض إجراء الجراحة.

(د) الخوف من نتائج البتر: يرتبط بالعضو المطلوب بتره ردود أفعال ترجع إلى علاقة هذا العضو بعمله أو مكانته أو بظموحه وبظروفه الاجتماعية والإقتصادية ومنه وثقافته... إلخ، وعادة ما تظهر هذه المخاوف في الغرغرينة أو الأورام الخبيثة وما أشبه التي يدرك المصاب فيها تطور حالته ليترك له الخيار في إجراء الجراحة إنقاذاً لحياته، ولكنها لا تظهر في حالات الحوادث التي عادة لا يشعر المصاب بما يجري في حالات التأثير المباشر للعضو المراد بتره على حياته مثل بتر ساق سائق أو بتر ذراع موسيقى وهكذا.

٣ - بعد الجراحة:

وتبدو مظاهر للمشكلات فيما يلي:

(أ) فقد المصاب لعمله أو على الأقل فقدته لمكانته السابقة.

(ب) رفض قبول الفرد لذاته الجديدة أو على الأقل مقاومة هذا الواقع الجديد.

(ج) انتقاص قيمة «الذات» سواء كما يراها الفرد أو كما يرى فيها المحيطين أو كما يتمنى أن يراها.

(د) أثر البتر في نشاطه السابق الذي إعتاد عليه.

(هـ) أثر البتر على علاقاته بأسرته أو بأصدقائه أو معارفه.

(و) بروز أحاسيس جديدة إستحدثتها العاعة كالشعور بالذنب معتقداً أن ما حدث له جزء ذنوب إقترفها أو نزعات تدميرية للذات لفقدائها قيمتها لينصرف إلى تعاملات الخدشات والخمور هرباً من الواقع وشروعاً شبه شعورى لتدمير الذات، أو حالات تقلب إنفعالى أو سلوك إكتسابى مرتبطان بسلوك المحيطين به.

(ز) عدم توفر المناخ الأسرى والمحيط البيئى الذى يحسن معاملة مبتورى الأطراف ويضمن سلامتهم.

ومن ثم تبرز أهمية الرعاية الاجتماعية فى كل من هذه المراحل فهى خدمات نفسية تقدم على المعرفة النفسية والإستبصار والتأكيد والتطمين وتدعيم الثقة بينه وبين الجهاز الطبى والمستشفى قبل الجراحة وخلالها، وهى خدمات إجتماعية وتأهيلية وتعليمية وطبية (علاج طبيعى) بعدها^(٥).

إحتياجات المعوقين حركياً:

إذا كانت الحاجات الفسيولوجية ضرورية للمحافظة على بقاء الفرد ونوعه، فإن الحاجات الإجتماعية والنفسية ضرورية لسعادة الفرد وطمأننته، فأحباطها يثير فى نفسه القلق ويؤدى إلى كثير من إضطرابات الشخصية ويعرف قاموس علم الاجتماع الحاجة Need أنها حالة من التوتر أو عدم الإشباع يشعر بها الفرد وتدفعه إلى التصرف متجهاً نحو الهدف الذى يعتقد أنه سوف يحقق له الإشباع.

ويمكن تقسيم إحتياجات المعوقين حركياً إلى:

١ - إحتياجات صحية وتوجيهية:

أ - إحتياجات بدنية مثل إستعادة اللياقة البدنية من خلال الرعاية البدنية وهي تشمل كل الخدمات والأنشطة التي تحسن الحالة الصحية للمعوق وتتضمن العلاج، وأجهزة تعويضية، تقويم الأعضاء، أى مساعدات وتجهيزات أخرى تساعد المعوق على إستعادة وإكتساب استقلالته البدنية.

ب - إحتياجات إرشادية مثل الإهتمام بالعوامل النفسية ومساعدة على التكيف وتنمية الشخصية^(٦).

ويمكن أن يتحقق ذلك من خلال الإستشارات الشخصية، والعلاج النفسى الإرشادى، والتشجيع، والتدعيم الإجتماعى^(٧).

ج - إحتياجات تعليمية مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لممن هم فى سن التعليم مع الإهتمام بتعلم الكبار فهم يحتاجون إلى طرق تعليمية وتربوية منظمة وفعالة لمقابلة تلك الإحتياجات^(٨). ولخلق وتدعيم القيم العلمية.

د - إحتياجات تدريبية مثل فتح مجالات التدريب تبعاً للمستوى المهارى.

٢ - إحتياجات إجتماعية وتمثل فى :

أ - علاقة مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعديل نظرة المجتمع إليه.

ب - تدعيمية مثل الخدمات للمساعدة التربوية والمادية وإستثمارات الإنتقال والإتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية وكلها تدعم القيم الإجتماعية المختلفة.

ج - ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجاملات المعرفة^(٩).

٣ - إحتياجات مهنية:

أ - تهيئة سبل التوجيه المهنى المبكر والإستمرار فيه لحين الإكتفاء من العملية التأهيلية، التى تصون القيم المهنية وتأمين استمراريتها.

ب - تشريعية مثل إصدار تشريعات فى محيط تشغيل المعوقين وتوفير فرص العمل التى تناسبهم^(١٠).

ونحن نحاول التأكيد من خلال هذا المؤلف على أهمية أن نسير محاولة إشباع تلك الحاجات العامة والخاصة جنباً إلى جنب مع خلق وتدعيم النسق القيمي السليم للمعوق على إعتبار أنه محدد عام من محددات السلوك الإنساني ويساهم في تحقيق التوازن النفسي الإجتماعي ويعتبر قوة دافعة للسلوك والعمل.

المشكلات المترتبة على الإعاقة الحركية:

لقد أكدت الدراسات أن الإعاقة بصفة عامة والإعاقة الجسمية بصفة خاصة آثارها تظهر بشكل أبعد من مجرد الحدود الفيزيائية، وتنطلق إلى مجالات أوسع من حياة الفرد. فالفرد يجمع كل خبراته الداخلية والخارجية في ضوء تصوره لذاته الجسمية ونقصها «فكرة المعوق»، أو الصورة الذهنية لديه عن جسمه وشكله وهيئته ووظيفته^(١١). ويخطط معظم الناس لحياتهم بناء على مفهومهم لذواتهم الجسمية وقدراتها والقدرات الأخرى المرتبطة بها وأى إعاقة في هذه القدرات تهدد الإنسان في حاضره ومستقبله وتؤدي إلى اضطراب قدراته الإنسانية وتؤدي بالتالي إلى إثارة مخاوفه وقلقه^(١٢). وإلى ظهور العديد من المشاكل التي يمكن تصنيفها كما يلي:

١ - المشكلات النفسية:

أ - الشعور الزائد بالنقص، والشعور بالنقص هو اتجاه يحمل صاحبه على الإستجابة بالخوف الشديد والقلق والإكتئاب وشعور الفرد بأنه دون غيره وميله إلى التقليل من تقديره لنفسه، خاصة في المواقف الإجتماعية التي تنطوي على التنافس والنقد، وقد يكون لدى المعوق عقدة النقص وهي الإستعداد اللاشعوري المكبوت وينشأ من تعرض الفرد لمواقف كثيرة ومتكررة تشعره بالعجز والفشل والسلوك الصلبر من عقدة النقص غالباً ما يكون سلوكاً غير مفهوم هذا إلى جانب طابعه القهري ومن ذلك العدوان والإستعلاء والإسراف في تقدير الذات ومن العوامل التي تحول الشعور بالنقص إلى عقدة النقص وجود إعاقات جسمية بالفرد^(١٣).

ب - الشعور بالزائد بالعجز وهو يخلق نمطاً من المواقف ذلك النمط الذي يتقبل قضاءه ويستكين للواقع ويحاول إستخدام ضعفه في إستجداء

عطف الآخرين، وكذلك نمط فقد إختاراه لنفسه حيث يجد في عاهته حجة لكي يتصل من دوره في أسرته ومجتمعه ولا يجد بأساً في العيش عالة على الآخرين^(١٤).

ج - عدم الشعور بالأمن والإطمئنان نحو حالته الجسمية فهو لا يطمئن إلى الجرى والوثب وقد يحدث اضطراب في الإدراك لعدم قدرة المعاق على التقدير الواقعي، كما أنه يشعر بعدم الإطمئنان للغير للتفاوت في اتجاهات واستجابات الآخرين نحوه وعدم وجود أدنى أنساق أو انسجام بينهما، أو عدم إطمئنان للنفس فهو في حالة تذبذب وتردد زحيرة^(١٥).

د - الإسراف في الوسائل الدفاعية حيث يحيل إلى النكوص السلوكي في مستوى إعتماده على الغير والتي تتأكد من خلال تقلص حركته والإحتياجات التي يعبر عنها للحفاظ على نفسه وذلك بإعتماده على الآخرين وكذلك الكبت حيث يضطر إلى إستخدام ميكانيزمات غير توافقية كالإسقاط، وتحويل الانفعالات غير السوية مع الآباء إلى الآخرين، أيضاً العدوان الذي قد يؤجه إلى الآخرين أو إلى نفسه، والسلوك التعويضي والإنكار الذي يختفي خلف الغناد والإصرار على سلوك صعب، والإنطواء نتيجة الشعور بالنقص^(١٦).

٢ - المشاكل الاجتماعية:

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة أى فرد هي إعاقة في نفس الوقت لأسرته مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها منذ أن اعتبرت الأسرة بناءاً اجتماعياً يخضع لقاعدة التوازن الحدى والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والإستمرار ومن صور المشكلات الاجتماعية:

أ - مشكلات العمل وقد تؤدي الإعاقة إلى ترك المعوق لعمله أو تغيير دوره إلى ما يتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التي ستترتب على الإعاقة في علاقاته برؤسائه وزملائه ومشكلات أمنه وسلامته.

ب - مشكلات الأصدقاء: تحتل جماعة الرفقاء والأصدقاء أهمية قصوى

فى حياة المعوق وشعوره بعدم الندية مع الآخرين قد يؤدى إلى الإنزعال والإنطواء، وقد يلجأ بعض للمعوقين إلى إغراء الآخرين من أجل تبادل الصداقة معهم، فقد يتفقوا معهم وقد يلجؤا فى سبيل ذلك إلى السرقة وقد يحتالوا، يكذبون، يتصاعون لقيم الأصدقاء الجدد واضطرارهم وربما يستعبد لأى صديق، أن يفعل أى شىء لإشباع الحاجة بأن يتواجد ضمن جماعة وفى سبيل ذلك أيضاً قد يرتبط بجماعات ذات أراء متطرفة كمالاذ من هجرة الناس الآخرين له.

ج - المشكلات الترويحىة: تؤثر الإعاقة على قدرة المعوق فى الإستمئاع بوقت فراغه سواء بالنسائ الترويحى الذاتى أو النشاط الترويحى السلبى. وقد يرجع ذلك إلى ما قد يجده الفرد من صعوبة فى التعبير عما يريد. لأن تحقيق ذلك يتطلب شخصاً آخر يمتلك مهارة خاصة أو جهازاً ميكانيكياً فعالاً. وعدم شغل وقت الفراغ بطريقة مناسبة ربما تقرب الشخص من التخريب المتعمد للممتلكات العامة أو الخاصة أو أى سلوك إجرامى آخر، أو يتجه إلى الانحراف عن التوازن فى الأنشطة من حيث سوء التوقيت، خطأ التقدير.

٣ - مشكلات إقتصادية:

تسبب الإعاقة فى كثير من المشاكل الإقتصادية التى قد تدفع المعوق إلى مقاومة العلاج أو تكون سبباً فى إنتكاس المرض ومنها:

أ - تحمل الكثير من نفقات العلاج.

ب - انقطاع الدخل أو إنخفاضه خاصة إذا كان المعوق هو العائل الوحيد. للأسرة حيث أن الإعاقة تؤثر فى الأدوار التى يقوم بها.

ج - قد تكون الحالة الإقتصادية سبباً فى عدم تنفيذ خطة العلاج^(١٦).

أيضاً قد تتبع المشكلة الإقتصادية من عدم وجود دافع أو رغبة لدى المعوق فى العمل لعدم وجود طموحات لديه مما يقلل من أهمية القيمة الإقتصادية.

٤ - المشكلات التعليمية:

يشير عالم المعوقين مشكلة تعليمهم إذا كانوا صغار أو مشكلة تأهيلهم إذا كانوا كباراً، فكثيراً ما يفصل المعوق نفسه عن الآخرين ليس فقط لأن مظهره الخارجى أو سلوكه غير ملائم، ولكن أيضاً لأنه لا يستطيع مشاركة الآخرين، خاصة فى أفكارهم ومشاعرهم أو فى التمتع بصفات تتكافأ مع أى درجة من الأخذ والعطاء، وهو غالباً ما يعانى من حرج فى الإنصال، يشعر أنه شخص خارجى غريب وهذا الشعور يشجع الآخرين على رفضه. بالإضافة إلى عدم توفر ضمانات لسلامة المعوقين والشعور بالرهبة والخوف الذى ينتاب التلاميذ عند رؤية المعوق وإنعكاس ذلك على سلوك المعوق الذى يكون إنسحابياً أو عدوانياً كعملية تمريضية.

٥ - المشكلات الطبية:

يتعرض المعوقون لأشكال مختلفة من المشكلات الطبية منها:

أ - عدم معرفة الأسباب الحاسمة لبعض أشكال الإعاقة.

ب - طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض وارتفاع تكاليف العلاج.

ج - عدم إنتشار مراكز كافية للعلاج المتميز للمعوقين، وكذلك المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعى.

٦ - المشكلات المتعلقة بالتأهيل:

وهى مشكلات يتعرض لها المعوق وقد تكون مرتبطة بالفرد ذاته أو مرتبطة بما هو خارج الفرد فبالنسبة لما هو مرتبط بالفرد قد ترجع المشكلات إلى إتكالية المعوق وخوفه وقلقه من نظرة الآخرين إليه، أما العوامل التى تكون خارج نطاق الفرد فهى مشكلات متنوعة ومتغيرة طبقاً لطبيعة المجتمع وإمكانياته ودرجة تقدمه والمستوى العلمى والفنى للقائمين بالعملية التأهيلية.

الخدمة الإجتماعية ورعاية المصابين بالتر:

إن فلسفة الخدمة الإجتماعية فى رعاية المعوقين عامة المصابين بالتر

خاصة تكمن فى أن هذه الفئة هى أحد العناصر الأساسية فى المجتمع وأنه يمكن من خلال العناية بها وتأهيلها أن تتحول من عيب على عملية التنمية فى المجتمع ومعوق لها إلى دافع لها يسهم فى عجلة الإنتاج وبمعنى آخر تحويلها من طاقات غير منتجة إلى طاقات منتجة قادرة على العطاء والإسهام فى عملية التنمية فى المجتمع وفى تقدمه.

كما تقوم هذه الفلسفة على أساس أن لكل شخص معوق الحق فى أن ينال الوقاية والمساعدة وأن تتاح له فرص التأهيل الضرورى والمناسب لكى يستطيع التفاعل والمشاركة ليجد له مكاناً طبيعياً فى مجتمعه الذى يعيش فيه.

ونريد أن نؤكد هنا أن الأخصائى الاجتماعى لا يعمل منفرداً فى مجال رعاية المصابين بالثر ولكنه يعمل من خلال فريق عمل متكامل ولكنه له دوره المميز فى هذا الفريق والذى يؤديه فى إطار تكامل مع أدوار باقى الفريق.

وتستهدف الخدمة الاجتماعية بطرقها المختلفة المتكاملة ما يلى (١٨):

١ - العمل على إزاحة المعوقات والمشكلات التى تواجه المعوق مع نفسه ومع الآخرين.

٢ - التأهيل وهذا يعنى مساعدة المعوق للعودة إلى قدراته السابقة بقدر المستطاع ولا يقتصر ذلك على النواحي الجسمية بل يمكن أن يتضمن ذلك الصعوبات الإنفعالية والعقلية والسلوكية.

٣ - الإعداد للحياة ويتضمن ذلك جانبى النمو والتقدم أكثر من جانب العلاج.

٤ - الوقاية ويتضمن ذلك التنبؤ بالصعوبات والمشكلات سواء كانت شخصية أو إجتماعية واتخاذ التدابير الوقائية لتلافى وقوعها عن طريق برامج بناءة.

ويمكن للخدمة الإجتماعية أن تسهم فى رعاية المعوقين المصابين بالثر من خلال ثلاثة مستويات هى المستوى الوقائى والمستوى العلاجى والمستوى التأهيلى:

أولاً: مستوى الوقاية من الإعاقة (الإصابة بالبتير):

الوقاية في الخدمة الاجتماعية مفهوم يستخدم بأساليب مختلفة ليشير إلى الإجراء الذى يدرء من وقوع شئ ما وبشكل إيجابى فهى أو هو العملية التى تقوم على إتخاذ إجراء كى تقلل إلى أدنى حد ممكن من السلوك اللاإجتماعى أو من المشكلات الشخصية.

ويميز قاموس الخدمة الاجتماعية بين أنواع ثلاثة من الوقاية هى:

أ - الوقاية الأولية: وهى ما يقوم به الأخصائيون الإجتماعيون وغيرهم لمنع الظروف المحتملة المسببة للمشكلات من الظهور.

ب - الوقاية الثانوية: وهى تلك الجهود التى تتخذ من إمتداد خطورة المشكلة من خلال الإكتشاف المبكر لوجودها وعزل تأثيرها عن الناس الآخرين.

ج - الوقاية من الدرجة الثالثة وهى الجهود التأهيلية التى يقوم بها الأخصائيون الإجتماعيون وغيرهم من المهنيين لمساعدة الأفراد الذين يعانون من مشكلة نفسية كى يشفى من تأثيرها وتنمية قوى تكفى لعدم عودتها مرة أخرى.

وفى سبيل ذلك يقوم الأخصائى الإجتماعى بما يلى:

(١) العمل على إزالة العوامل التى تسبب حدوث القصور أو الإصابة بالبتير ويتضمن ذلك إجراءات صحية وإجتماعية تتطلب تضافر العديد من التخصصات مثل برامج التوعية الصحية والتوعية الإجتماعية والتوعية بالأسباب التى تؤدى إلى البتر كتجنب الحوادث أو الأمراض التى ينتج عنها البتر.

(٢) يمكن للخدمة الاجتماعية التدخل لمنع أو تخفيض المضاعفات الناتجة عن حدوث البتر وقد يكون ذلك بالإكتشاف المبكر والتعرف على الحالات المعرضة للبتر والتعامل مع الظروف البيئية والمجتمعية.

(٣) الإهتمام بعمليات الأمن الصناعى فى المصانع والشركات وتدريب

العاملين على إحتياجات وسلوكيات تمنع وقوع حوادث البتر وخاصة الذين يتعاملون مع ماكينات وأجهزة قد تسبب البتر.

(٤) دراسة وتحليل الخدمات الوقائية القائمة في المجتمع للتعرف على نواحي القصور فيها ومحاولة إستكمال هذه الجوانب كما يمكن للخدمة الإجتماعية أن تسهم بفاعلية في القيام بتوعية المجتمع بأسباب الوقاية ونتائجها.

(٥) مساعدة المعوق على إستخدام الأ- نهزة التوعوية المناسبة له بأسلوب سليم بحيث لا يتسبب الإستخدام غير سليم للأجهزة في رفضه لها أو في إحداث مزيد من الإصابات والمشكلات له.

ثانياً: المستوى العلاجي:

يركز المدخل العلاجي للخدمة الإجتماعية على التدخل المهني لمواجهة المشكلات الناتجة عن البتر أو على الأقل الثقة بل من آثارها ويشمل دور الأخصائي الإجتماعي في هذا المجال ما يلي:

١ - مساعدة المصابين بالبتر على مواجهة المشكلات النفسية الناتجة عن الإصابة بالبتر وأهمها فقدان الثقة بالنفس وعدم تقبل الذات بعد البتر والشعور بالنقص والإنطواء والإنسحاب من الحياة الإجتماعية وتساهم الخدمة الإجتماعية في التخفيف من حدة هذه المشاعر السلبية.

٢ - مساعدة المصابين بالبتر وأسرتهم على القيام بمسؤولياتهم بأكبر كفاءة ممكنة.

٣ - تحقيق التوازن المتبادل بين الأفراد للمصابين بالبتر وبيئاتهم الإجتماعية.

٤ - مساعدة المصابين بالبتر على مواجهة مشكلات العمل سواء بالعمل على عودتهم لمهنتهم السابقة أو تأهيلهم على مهن جديدة تتناسب مع ما تعرضوا له من إعاقة^(١٩).

ثالثاً: المستوى التأهيلي:

ويقصد بالتأهيل في تعريف منظمة العمل الدولية بأنه ذلك الجانب من

عملية التأهيل المستمرة المرتبطة الذى ينطوى على تقديم الخدمات المهنية كالتوجيه المهني والتدريب والتشغيل، مما يجعل المعوق قادراً على الحصول على عمل مناسب والاستقرار فيه، وتختلف حالات الأفراد من حيث حاجاتهم إلى أنواع التأهيل المختلفة، فقد يحتاج الفرد إلى نوع واحد أو أكثر من تلك الأنواع فى وقت واحد (النفسي، الطبي، الإجتماعي، المهني).

وساهم الخدمة الإجتماعية فى البرامج التأهيلية للمصابين بالبتير من خلال الأبعاد الآتية:

- مساعدة المعوق من خلال البرامج التدريبية لتزويده بالمهارات الجديدة.
- مساعدة المعوق فى الحصول على الأجهزة التعويضية المناسبة لأعاقته.
- المساعدة فى وضع خطة التأهيل المهني التى تناسب المعوق وتستثمر قدراته المتبقية.

- تتبع المعوق للتأكد من مدى إستفادته من البرامج التأهيلية.
- القيام بالبحوث والدراسات لإثارة الرأى العام حول أسباب ونتائج هذه الإعاقة وتدعيم مؤسسة رعاية المعوقين.

رابعاً: المستوى الإنشائي:

ويتحدد هذا الدور فى الأبعاد الآتية:

- ١ - إثارة الرأى العام حول إحتياجات المعوقين وكيفية مساعدتهم وكيفية التعامل معهم والدعم المعنوي والمادى للمؤسسات التأهيلية.
- ٢ - القيام بالدراسات والبحوث والمؤثرات العلمية للتعرف على الإحتياجات الحقيقية للمعوقين، وكذلك مشكلاتهم والعمل على تخفيف حدة هذه المشكلات.
- ٣ - مساعدة الجهات المعنية بالإعاقة على المستوى الإقليمى والقومى لدعم الإحتياجات المتنوعة للمعوقين وتوفير الخدمات المختلفة لهم^(٢٠).

مراجع الفصل السابع

- ١ - بدر الدين كمال عيده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمى للكمبيوتر والتوزيع والنشر، ١٩٩٧، ص ٥١.
- ٢ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الإجتماعية ومجالات رعاية المعوقين، مرجع سابق، ص ٣٢٧.
- ٣ - مريم ابراهيم حنا، وآخرون، الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة، كلية الخدمة الإجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٩٥، ص ٢٨٢.
- ٤ - أنظر وقارن:
- زين العابدين محمد على، مبتورى الأطراف فى أحمد محمد السنهورى، وآخرون، الخدمة الإجتماعية مع الفئات الخاصة، دار السيد للطباعة، القاهرة، ١٩٩٣، ص ٢٧٣.
- ٥ - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، المرجع السابق، ص ٢٧ - ٢٩.
- ٦ - أحمد محمد السنهورى، وآخرون، مرجع سابق ص ٢٧٧.
- ٧ - بدر الدين كمال، محمد السيد حلاوة، المرجع السابق، ص ٥٥ - ٦١.
- ٨ - أحمد محمد السنهورى، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٧٧.
- ٩ - إقبال محمد بشير، إقبال مخلوف، الخدمة الإجتماعية ورعاية للمعوقين، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ب. ت. ص ٩٠.
- ١٠ - محمد سيد فهمى، السلوك الإجتماعى للمعوقين، دراسة فى الخدمة الإجتماعية، للمكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٣، ص ٢٥١.
- ١١ - أحمد زكى صالح، علم النفس التربوى، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، ١٩٨٨، ص ٢١٥.
- ١٢ - محمد شاهين، تفهم المشكلات النفسية للمعوقين كوسيلة للحد من الإعاقة، المؤتمر الرابع لإتحاد هيئات الفئات الخاصة والمعوقين، ديسمبر، ١٩٨٨، ص ١.
- ١٣ - أحمد عزت راجح، الأمراض النفسية والمقلية، دار المعارف، الإسكندرية، ١٩٩٤، ص ١٤٩ - ١٥٠.
- ١٤ - رمزى الغرب البناء النفسى للمعوقين، الهيئة المصرية العامة للكتاب، ١٩٨٢، ص ٧.

١٥- مختار حمزة، سيكلوجية ذوى المعاهات، مؤسسة التأهيل، القاهرة، ١٩٥٥، ص ٤٩.

١٦ - عمر شاهين، المرجع السابق، ص ٥.

١٧ - عبد الفتاح عثمان، وآخرون، المرجع السابق، ص ٣٤.

١٨ - محمد شمس الدين أحمد، خدمة الجماعة فى محيط الخدمة الإجتماعية، مطبعة يوم المستشفيات، القاهرة ١٩٨٢، ص ٣٩.

١٩ - مريم إبراهيم حنا، وآخرون، المرجع السابق، ص ص ٢٩٢ - ٢٩٦.

٢٠ - عبد المحيى محمود حسن، الممارسة المهنية فى المجال الطبى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ٢٧٠.

وحول مفهوم الإعاقة الجسمية والحركية ومشكلاتها وإحتياجاتهم يمكن الرجوع إلى كل من:

- Vicky Lewis, Development and Handicap Black well, New York, 1987.

- Beatrice A. Wright, Physical Disability A psychological Approach, Harper and Row Publisher, N. Y., 1960.

- Alfred H. Katz and Knute Martin. A Handbook Services for the Handi - Capped Greenwood Press, London, 1982.

- Sally L. Smith, No Easy Answers Teaching the Learning Diabled Child Winthrop Publishers Inc., Cambridge, 1979.

الفصل الثامن

تأهيل المعوقين

تقديم

- مفهوم التأهيل.
- فلسفة التأهيل.
- مشكلات المعوقين.
- إحتياجات المعوقين.
- العلاج التأهيلي.
- وسائل التأهيل المهني.
- مبادئ التأهيل المهني.
- خطوات التأهيل المهني.
- المراجع.

تأهيل المعوقين

تقديم :

كانت المجتمعات البدائية تخرج ذوى العاهات من المجتمع القبلى ونقصيهم بل وتقتلهم فى بعض الأحيان تمسكاً بمبدأ (البقاء للأصلح).

ويروى (ميلر) فى دراسته عن هذه الفئة بأن الناس يعتقدون أن الأطفال المشوهين يجلبون الشر إذا سمح لهم بالبقاء. فالمطر يتوقف والجماعة تزحف على العاملين وتنتشر الأوبئة بين الناس ولذلك يتعين قتلهم بمجرد ولادتهم كما يروى (ستر) فى كتابه عن التقاليد - أن الشعوب البدائية تلجأ إلى وأد الأطفال الذين لا تظهر عليهم بوادر الذكاء باعتبارهم فكة عاجزة عن أن تؤدى عملاً فى المجتمع وأيضاً يقتل ذوى العاهات والمرضى بأمراض لا يجدون لها تفسير أو لاستجيب مع طبيعة العقاقير التى تعطى لهم، إعتقاداً منهم أن فى ذلك خدمة إنسانية واجتماعية للأفراد الأصحاء، حيث أن ما يينزل مع أمثال هؤلاء لو وجهه للأصحاء استفادوا استفادة أكبر وعاشوا على مستوى من الرعاية والرفاهية.

وتطور المدنية واستحداث الجديد من فروع المعرفة تطورت هذه النظرة التى كانت سائدة فى الأزمنة السحيقة لصالح الإنسان. وحل محلها إتجاهات جديدة راقية تدور حول الإهتمام والعناية بذوى العاهات ومرت هذه الإتجاهات بمراحل مختلفة اختلفت حسب ظروف المعوقين وظروف العمل. ولذلك يعتبر التأهيل مرحلة هامة من مراحل رعاية ذوى العاهات.

والتأهيل بمعناه الصحيح لم يبدأ فى العالم إلا فى أعقاب الحرب العالمية الأولى كنتيجة لتضخم مشكلة تعطيل مشوهي الحرب وكانت الولايات المتحدة الأمريكية أول دولة نظمت هذا النوع من الإعداد المهني لذوى

العاهات فأصدرت قانون التأهيل المهني في سنة ١٩٢٠ الذي يمنح كل مواطن الحق في الحصول على خدمات التأهيل المهني على نفقة الدولة بشروط خاصة أهمها أن يكون في سن العمل وأن يكون هناك احتمال قوى في عودته للعمل حسب قدرته وإمكانياته الباقية له بعد العاهة.

وقد عدل هذا القانون بقانون التأهيل رقم ١١٣ لسنة ١٩٤٣ المشهور باسم قانون (بارلين لافوليت) الذي أعطى حقوق أوسع لمستحقي التأهيل المهني - وأضاف ذوى العاهات العقلية بعد أن كان القانون الأول يفيد ذوى العاهات البدنية فقط. وكان ذلك على أثر ما اكتشفته الحكومة الأمريكية من أن ضرائب الدخل التي ستجبي من ذوى العاهات بعد تخديمهم تروى قيمتها على ما أنفق عليهم في عملية التأهيل مهنيًا وبذلك تحول عدد كبير من مستهلكي الضرائب إلى دافعي ضرائب وبدأت حكومات الولايات المختلفة في إنشاء مؤسسات التأهيل المهني ثم بدأت بعد بضع سنوات في إنشاء نوع آخر من وسائل التأهيل المهني أطلقت عليهم اسم مكاتب التأهيل المهني ولما نجحت هذه المكاتب في مهمتها توسعت تدريجياً حتى بلغ عددها حالياً ٨٧ مكتب في كل ولاية واتجهت سلطات التأهيل المهني نحو تفضيلها على المؤسسات وهي أيضاً في طريق الزيادة عن هذا العدد مع تطوير الخدمات فيها.

أما في غالبية دول أوروبا فقد كان أثر تلك الحرب أن توسعت في نظام التأمين ضد العجز والبطالة وتقرير إمتيازات خاصة لذوى العاهات وإنشاء المؤسسات العلاجية ودور النقاهة والإستشفاء كما عنت بدرجة أقل بتدريب وتخديم ذوى العاهات فيما عدا فرنسا وإيطاليا فكان اهتمامها بالتأهيل المهني أكثر من التأهيل الطبي.

١ - تاريخ التأهيل المهني في مصر بدأ على أثر حرب فلسطين حيث فكرت وزارة الشؤون الاجتماعية في عام ١٩٤٩ أن تنظم خدمات فعالة

لتوجيه مشوهى الحرب وإعادةهم للعمل فأرسلت بعثات للخارج فى نفس السنة للتخصص فى وسائل التأهيل المهنى. ثم عدل قانون الضمان الاجتماعى عام ١٩٥٢ مشتملاً على باب خاص بتأهيل ذوى العاهات مهنيًا وبدأ تنفيذه بإنشاء أول مكتب للتأهيل المهنى بالقاهرة فى سنة ١٩٥٢ وبناء على نجاح هذا المكتب وأصلت الوزارة فى إنشاء مكاتب أخرى فى الإسكندرية وطنطا والزقازيق ودمنهور وبورسعيد وكل المحافظات، وصدر العديد من القوانين بشأن رعاية وحماية المعوقين من أهمها القانون ٩١ لسنة ١٩٥٩ والقانون ٣٢ لسنة ١٩٦٤ والقانون ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ والقانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ والقانون ٤٩ لسنة ١٩٨٢ ويمكن الرجوع إليهم فى الجزء الخاص بالملاحق.

- التأهيل المهنى :

يعتبر التأهيل المهنى من أحدث ميادين الخدمة الاجتماعية فى العالم وفكرته نابعة من النظرة المتطورة الإنسانية للفرد الشاب، والتي تؤمن بأن العمل ليس فقط من الواجبات الاجتماعية للمواطن وإنما هو فى نفس الوقت حق من حقوقه وحاجة من حاجاته الطبيعية على المجتمع أن يوفرها لهذا الفرد.

وتتلخص فلسفة التأهيل المهنى فى العمل على احترام الفرد العاجز وتقديره والتعامل معه كوحدة قائمة بذاتها والإعتراف بقدرته على التوافق والمرونة بالنسبة لظروف العمل المتاحة له فى ميدان العمل بعد إعداده لذلك، كما تهدف هذه الفلسفة إلى التسليم بمبدأ الإستفادة من هذا الفرد كشخص منتج مستقل بذاته معتمد على نفسه وعليها أن تنظر إلى برامج التأهيل المهنى الخاصة بذوى العاهات على أنها ترمى إلى توجيههم وود إعتبارهم فى المجتمع وتعمل على تنمية إستعداداتهم ومواهبهم وإستغلالها فيما يعود على المجتمع بالنفعة الكاملة. ومساعدتهم على التكيف النفسى والاجتماعى والاقتصادى للظروف المحيطة بهم فى المجتمع^(١).

مفهوم التأهيل وفلسفته :

تعرف عملية التأهيل بأنها « عملية دراسة وتقييم قدرات وإمكانات الشخص العاجز عن العمل على تنمية هذه القدرات يحقق أكبر نفع ممكن في الجوانب الاجتماعية والشخصية والبلدية والاقتصادية » .

أما التأهيل المهني فهو برنامج الرعاية التي تقوم على توفير الخدمات اللازمة لتمكين المعوق من إستعادة قدرته على مباشرة عمله الأصلي أو أداء عمل آخر يناسب حالته والإستقرار فيه ^(٢).

(يعرف التأهيل بأنه إستفادة الشخص للمعوق لأقصى ما تسمح به قدراته في النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية والمهنية والاقتصادية).

فالتأهيل ينشئ ويوجد، لأنه يعمل على تحديد إمكانيات الشخص العاجز وتميئتها والإستفادة منها. فهو يعمل على الإستقلال والإعتماد على النفس وتقرير المصير، وبه يمكن إستغلال ما بالفرد نفسه من إمكانيات ذاتية بالإضافة إلى ما يوفره المجتمع من رعاية لهذه الفئة، ولن تجدى هذه الخدمات إذا تآثرت في حين تؤتي الهدف والغرض منها إذا كانت متكاملة مع بعضها غايتها معاونة الفرد العاجز لأن يتغلب على عجزه وقصوره من جميع النواحي.

ولكى يمكن تحقيق ذلك قد يحتاج الفرد إلى علاج طبي وجراحات ورعاية بالمستشفى أو المصنع أو دار النقاعة. وتمريض وعلاج طبيعى وعلاج بالعمل وخدمات تعليمية خاصة وتتوقف إستفادة المريض من كل هذه الجهود على مقدار إستعداده للتعاون لتقويم قدراته الفعلية وإستعداداته الخاصة وتوجيهه وتدريبه مهنيًا. فإذا تمكن الفرد بطريقة معقولة ومقبولة من أن يستفيد منها فإنه بذلك يكون قد حقق لنفسه نواحي إشباع ذاتي كغيره من الأفراد في حدود قدراته ويقدر ما تسمح به ظروفه. أما إذا كان في حاجة لمثل هذه الخدمات ولكنه عجز عن الإستفادة منها لأسباب شخصية فإن فرصته

لتأهيل نفسه تكون ضعيفة وإذا كان الفرد العاجز فى حاجة إلى مثل هذه الخدمات ولكنها غير متوفرة له فإن الدافع الذاتى يساعد نفسه لن يخلق هذه الإمكانيات له وعلى ذلك يمكن القول بأن نجاح التأهيل يتوقف على عاملين:

١ - مدى توفر ما يحتاج إليه المريض من خدمات.

٢ - مدى إستعداد الفرد للإستفادة من الخدمات الموجودة فى المجتمع.

فلسفة التأهيل :

تقوم فلسفة التأهيل على تقبل الفرد ذى العاهة أو العاجز كإنسان له كيانه وكرامته الشخصية، له حقوق وحاجات إنسانية وسياسية واجتماعية . كلها تهدف إلى أن يؤدى وظيفته فى الحياة بما يحقق له إشباعات وفوائد إجتماعية . فالتأهيل هو أحد صور الضمان الإجتماعى فهذا إمتداد للخدمات التعويضية لذوى العاهات يفرض تكافؤ الفرص، كما أنه حماية لإستغلال الفرد الذى يجد نفسه قد أصيب بعاهة فى أى وقت ولأى سبب كان.

والتأهيل يخلق ويبنى وهدفه الإستفادة من قدرات الشخص وإمكاناته ومعاونته على إستعادته لقدرته على التنافس والإنتاج. كما يعمل على تنمية ثقة الفرد بنفسه وعلى أنه وحدة قائمة بذاتها والإعتراف بقدرته على التوافق والمرونة بالنسبة لظروف العمل بعد تأهيله دون فروق بينه وبين غيره إلا مبدأ الفروق الفردية.

وذوى العاهات يرغبون رغبة أكيدة فى أن يتقبلهم المجتمع تقبلاً تاماً كأعضاء عاملين ومشاركين فى خطة التنمية الإنتاجية ولن يتأذى لهم ذلك

إلا إذا بذلت جهود كبيرة متكاملة فى عملية التأهيل حتى لا يصاب هؤلاء الأفراد بالإخفاق وشعورهم بأنهم أصبحوا عالة على غيرهم أو على المجتمع. ويمكن للمجتمع أن يأخذ بيدهم إذا ساعدهم فى إستعادة قدرتهم على العمل والإنتاج وفى هذا مساعدة لهم على تحقيق إحترام الذات والإعتماد على النفس وتقبل المجتمع لهم. وهذا يتحقق عن طريق إظهار قدرتهم الإنتاجية فى الأعمال الملائمة لهم وفى هذا إشباع لهم على أساس قدرتهم فى التحصيل والإنجاز والمساواة.

وعادة يسمى الشخص العاجز للتوظيف وللحصول على عمل على أساس أنه شخص صالح لهذا. وفى هذا مبدأ مهم جداً وهو المنافسة وهذا يعتبر من أسس فلسفة التأهيل حيث أنه فى قيامه بعمل منتج يحمل فى طياته دلالة تقبل الشخص ذى العاهة باعتباره عضواً نافعاً فى المجتمع. وفى هذا الصدد نقول إن التكيف المهنى للفرد العاجز لا يمكن أن يتحقق إلا إذا كان الهدف من العمل قد وضع على أساس طاقة الفرد العاجز وقدرته على العمل والإنتاج بما يتفق وأكبر مستوى من القدرة على التنافس^(٢).

أهمية التأهيل فى المجتمع :

١ - لا يخلو مجتمع من أفراد أصابهم نوعاً من العجز يمنعهم من الإستفادة من الفرص المتاحة للأفراد العاديين ومن حق هؤلاء الأفراد على المجتمع كمواطنين أن يوفر لهم الخدمات والإمكانات التى تساعدهم على أن يحيو حياة سعيدة متكيفين مع أنفسهم ومع المجتمع.

٢ - إن قوة المجتمع تتمثل فى قدرة جميع أفرادها فإذا أصيب عدد منهم بعجز فإن ذلك يؤثر ولاشك فى قدرة المجتمع على الإنتاج. وفضلاً عن ذلك المجتمع يتحمل عبء الإنفاق على هؤلاء الأفراد وبذلك تكون

الخسارة مزدوجة من ناحية نقص الإنتاج ونفقات الرعاية في حين رعايتهم يعود على الدولة بزيادة في دخلها نتيجة لإنتاجهم وأيضاً لما يحصل منهم من ضرائب فهذا يزيد من إيرادات الحكومة.

٣ - هناك من الأفراد من يعانون من نقص واضح قد يشعره بالنقص والدونية كأن يكون الفرد قصير القامة بدرجة ملحوظة والآخر بدين جداً وثالث خجول وآخر متواكل لدرجة كبيرة ... إلخ. ولكن هذا النقص لم يمنعهم من التكيف مع المجتمع وتحقيق الرضا الذاتي لأنفسهم بالتعويض عن نقصهم بطريقة إيجابية وقد يستطيع الفرد العاجز أو ذو العاهة أن يحقق أقصى درجات النجاح ويمكننا أن نعدد الكثير من الأفراد الذين أمكنهم أن يبلغوا درجة عالية من التفوق رغم ما أصيبوا به من معوقات مثل أبو العلاء المعري والدكتور «طه حسين» ، و «بيتهوفن» ، و «روزفلت» وغيرهم كثير.

وعلى ذلك فإن الإهتمام بتأهيل الموقنين قد يهيئ لهم فرص النجاح ويفيدون المجتمع والبشرية أكبر فائدة.

٤ - إن إصابة الفرد بمعجز له أثر نفسي شديد ولكن شعوره بأن المجتمع قد وفر له الإمكانيات التي تساعد على التغلب على عجزه وتسوى بينه وبين غيره من الأفراد يخفف كثيراً من مشاعر السلبية ويرفع من روحه المعنوية.

٥ - إهمال هؤلاء الأفراد هو مساعدة لهم على التسول والإنكسالية والإعتماد على الصدقات والإعانات. وقد يفرضوا أنفسهم على المجتمع بتكوين عصابات أو شلل تمثل الشلوز ففي تأهيلهم حماية لهم وللمجتمع من الإنحراف وهذا يعني أن التأهيل ليس مجرداً إكتشاف مهارة ومقدرة وتنميتها فحسب بل هي إعادة الأمل والحياة للإنسان العاجز^(٣).

الآثار الناتجة عن الإعاقة :

وسنحاول في هذا الجزء تقديم عرض مختصر للآثار الناتجة عن الإعاقة والتي تعكس المشكلات التي يعاني منها المعوقين سواء على مستوى الفرد المعاق أو أسرته أو المجتمع الذي يعيش فيه. وذلك على النحو التالي :

أولاً : المشكلات الاجتماعية :

نعني بالمشكلات الاجتماعية المواقف التي تضرط فيها علاقات الفرد بمحيطه داخل الأسرة وخارجها خلال أدائه لدوره الاجتماعي أو مايمكن أن نسميه بمشكلات سوء التكيف مع البيئة الاجتماعية الخاصة لكل فرد.

١ - المشكلات الأسرية :

لقد أصبح من المتفق عليه أن إعاقة فرد هي إعاقة لأسرته في نفس الوقت مهما كانت درجة الإعاقة ونوعها، منذ أن إعتبرت الأسرة بناء اجتماعي يخضع لقاعدة التوازن، والتوازن هو المستوى الأمثل للعلاقات الأسرية الإيجابية التي تتميز بالتساند والتكامل والاستمرار.

ووضع المعوق في أسرته لابد وأن يحيط علاقاتها بقدر غير يسير من الإضطراب صغيراً كان أو كبيراً، زوجاً كان أو زوجة ذكراً كان أو أنثى، طالما كانت إعاقته تحول دون كفايته في أداء دوره الاجتماعي كاملاً داخل الأسرة وإفتقار المعوق لأداء دوره بشكل بالضرورة عبئاً على أدوار الآخرين فضلاً عن ردود الأفعال السلبية لمعجزه عن هذا الأداء.

كما أن سلوك المعوق المسرف في الغضب أو القلق أو الحساسية أو الإكتئاب أو حتى الإبتهاج تقابل من المحيطين به بسلوك مسرف بدوره في الشعور أو الشعور بالذنب أو الشعور بالحيرة وبالقدر الذي تهدد جالة الإعاقة سلامة المعوق بالقدر الذي يزد من الحماية الزائدة والمسرفة من المحيطين به وهو الأمر الذي يقلل من توازن الأسرة وتماسكها، وأثر ذلك على قيام الأسرة بوظيفتها الطبيعية نحو تنشئة باقي أبنائها.

كما تلعب بعض العادات دور آخر في زيادة مشاكل الأسرة حينما تعزى الإعاقة إلى أسباب وراثية لتشير منازعات واضحة أو مقنعة بين الزوجين أو لتشكل عقبات أمام التقدم لمصاهرتهما ظناً من المحيطين أن الإعاقة قد تنتقل إلى السلالات التالية.

وأكثر المشكلات الأسرية حدة هي تلك المشكلات المرتبطة بالإصابة المفاجئة لرب الأسرة وعائلتها وما يترتب على ذلك من آثار على مستوى معيشتها واضطراب علاقاتها، أو الإصابة المفاجئة للإن الوحيد في الأسرة التي إنتظرت طويلاً وما قد يحيط بهذه الإصابة من ظروف حيث يحمل أحد الوالدين الآخر مسئوليتها مما يزيد بالتالى من مشاعر الذنب والإكتئاب.

وبهنا في هذا الصدد أن نشير إلى عاملين أساسيين يتوقف عليهما زيادة المشكلات الأسرية وهما :

١ - مستوى تعليم الوالدين وثقافتهما الذاتية.

٢ - مدى الإلتزام الدينى بين أفراد الأسرة.

فتوفر هذين العنصرين كفيل بالحد من المشكلات التي تواجهها أسرة المعوق أو على الأقل عدم إستفحالها.

٢ - المشكلات الترويجية :

تؤثر العاهة على قدرة المعوق على الإستمتاع بوقت الفراغ، سواء بالنشاط الترويجى الذاتى أو بالنشاط الترويجى السلبى، فممارسة المعوق لأى نوع من أنواع النشاط يتطلب منه طاقات خاصة لا تتوفر عنده كما أن أجهزة الترويج العامة معدة أساساً للأصحاء فضلاً عن العقبات التي تصادف المعوق عند إزتياد أماكن اللهو أو الحدايق العامة وما أشبه.

٣ - مشكلات الزمرة :

تمثل جماعات الصداقة حاجة أساسية للفرد خاصة في المراحل الأولى من العمر وأثر علاقات الصحة المباشرة على النمر الإجتماعى السليم، وبالقدر الذى تتجاس فيه سمات أعضاء الجماعة بالقدر الذى يتحقق لكل عضو فيها النمو والشعور بالسعادة، ومن ثم فعلم شعور المعوق بالمساواة مع زملائه. وعدم شعور هؤلاء بكفائته لهم يؤدى إلى اتجاهات سلبية لينكمش. المعوق على نفسه وينسحب من هذه الجماعات.

٤ - مشكلات العمل :

قد تؤدى العاهة إلى ترك المعوق لعمله أو إلى تغيير دوره إلى مايتناسب مع وضعه الجديد فضلاً عن المشكلات التى تترتب على العاهة فى علاقاته برؤسائه وزملائه أو مشكلات أمنه وسلامته. فالعمل إنتاج بأجر، والإنتاج الزائد أجر مرتفع بل وطريق إلى تولى مناصب رئيسية وقيادية فى العمل فمن ثم كان لأثر العاهة أثراً مزدوجاً على الدخّل والمكانة معاً^(٤).

ثانياً : المشكلات التعليمية :

من أهم المشكلات التعليمية هى عدم توفر مدارس خاصة وكافية للمعوقين على إختلاف أنواعهم، مما يترتب على ذلك إلحاقهم بمدارس الأطفال الأسوياء، وبالتالي قد تحدث آثار نفسية سلبية نتيجة الرهبة والخوف الذى ينتاب بعض التلاميذ عند رؤية المعوق، مما يؤثر فى ردود أفعال المعوق، الذى قد يسلك سلوكاً إنسحابياً أو عدوانياً كما قد يكون للعاهة تأثير على قدرة الفرد على إستيعاب دروسه^(٥). مما يزيد المعوق إحساساً بفقد الثقة فى النفس، ضف إلى ذلك أن الطفل المعوق قد يدفعه حماسه لممارسة بعض الأنشطة مع أقرانه من الأطفال الأسوياء. وغالباً ما يصاب فى نهاية الأمر بالإحباط مما يؤدى إلى مزيد من مشاعر النقص لديه. كما أن الإعاقة قد تؤثر على درجة إستيعاب الطفل من جانب أو صعوبة إنتقاله إلى مقر الدراسة من

جانب آخر، أو رفض المعوق للدراسة ومقاومته لها خجلاً من مواجهة أقرانه
بعاثته من جانب ثالث، وكلها أمور تعرقل من إستمرار المعوق فى تحصيل
العلم.

وهنا يبرز دور الخدمة الاجتماعية عن طريق تدخل الأخصائى
الاجتماعى بمجهوداته المهنية، لمعاونة المعوق على الإستفادة بأكبر قدر
ممكن من فرص التعليم المتاحة. وذلك عن طريق قيام الإخصائى الاجتماعى
بعمليات تبصير لزملاء المعوق بكيفية معاملته من جانب، وتبصير مدرسيه
بإمكانيات الإستيعاب لديه من جانب آخر، كما يساعد الأخصائى
الإجتماعى الطالب المعوق فى إختيار برامج النشاط التى تناسب مع
إمكانياته وقدراته، حتى يستطيع المعوق أن يشبع من خلالها احتياجاته
وهراياته^(٦).

أهمية تخصيص نظم خاصة للتعليم للمعوقين هي :

١ - تجنب الطفل الآثار السلبية الميكرة المترتبة عن فشله فى مجاراة أقرانه فى
التحصيل الدراسى.

٢ - التجانس النسبى بين الأطفال وأثره فى النمو العقلى والنفسى
والإجتماعى للطفل متجنباً مشاعر الدونية واكتساباً للثقة بأنفسهم.

٣ - إتاحة الفرصة لإكتشاف الموهوبين من بينهم نتيجة لإزالة الضغوط التى
تعوق إنطلاق قدراته.

٤ - قبول الطفل المعوق لنفسه كمرحلة تودى به إلى قبول الآخرين.

٥ - مزاوله الأطفال للنشاط الرياضى والإجتماعى الذى يناسب قدراتهم من
خلال تهيئة إمكانات هذا النشاط التى تراعى إعاقاتهم بل وتؤدى
عمليات تعليمية وخبرات عملية خاصة. ويذكر هنا أن كثيراً من المعاهد
الخاصة تعد ألواناً من الرقص الجماعى والفناء والجري وألعاب التسلية

كأدوات لمعالجة عيوب المشي أو الكلام أو السلوك الإجتماعي غير المقبول. كما أن مدارس المكفوفين تعد أنشطتها وبرامجها بما يحافظ على سلامة الكفيف وتعويدهم على ممارستها مستقلين داخل مدارسهم مع مراعاة عدم تغييرها أو نقل أدواتها من أمكنتها المعتادة، كما تستخدم طريقة اللمس (برابل) للمكفوفين والشفاه للصم والبكم كأدوات لإكساب المعوق للخبرات المختلفة.

٦ - يهيئ التعليم الخاص للمعوقين مدرسين مدربين أعدوا خصيصاً لمثل هذا العمل وهو الأمر الذى يحقق للعملية التعليمية أهدافها.

٧ - يسمح التعليم الخاص لمعاملة الطفل المعوق كفرد له قدرته وليس كفئة أو طائفة خاصة^(٧).

ثالثاً : المشكلات الاقتصادية :

تكمن المشكلة الاقتصادية بالنسبة للفرد والأسرة بأن تترك الإعاقة كثيراً من المشاكل خاصة إن كان عائل أسرته الوحيد، وفي الغالب تؤدي الإعاقة إلى البطالة أو فقدان العمل أو قلة الإنتاجية، مما يؤثر ذلك على الدخل الإقتصادي، ويزداد الأمر سوءاً في الدول النامية، حيث تعكس طبيعة الفقر وعدم توافر المهن، وزيادة تكاليف العلاج والتأهيل أو عدم توافرها، إلى الكثير من المشاكل الاقتصادية على المعوق^(٨)، وتظهر الآثار الناجمة عن ذلك في :

١ - تزداد النفقات الاقتصادية والمادية على المعاق سوءاً بسبب إجراء العملية أو نفقات العلاج وما يرتبط به الأمر الذى يؤثر بدوره على دخل أسرة المعاق.

٢ - إنقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لارتفاع مصاريف الأسرة بسبب الإعاقة كما يشعر المعاق بالضيق والقلق لكونه عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة.

٢ - قد يؤدي إنخفاض دخل المعاق إلى إستدانة الأسرة وقد تضطر إلى بيع بعض ممتلكاتها إن وجدت أو خروج الأبناء للعمل.

٤ - قد تضطر الزوجة للخروج إلى العمل بسبب إعاقة العائل مما يثير قلق وضيق المعاق وهذا يؤثر على حالته النفسية وسوء الحالة الصحية^(٩).

رابعاً : المشكلات النفسية :

حاول العديد من علماء نفس المعوقين الإنتهاء إلى سمات محددة لعالم المعوقين بصرف النظر عن الفروق الفردية والظروف البيئية ونوع العاهة وشدةها. وقد عرضت أكثر من دراسة على المؤتمر الدولي الثامن لرعاية المعوقين ١٩٦٨ بنيويورك ورغم إختلاف المداخل العلمية لهذه الدراسات بين «فرويدية» وسلوكية وعقلية ونفس إجتماعية ونفس ثقافية ... إلخ فقد خلص المؤتمر على تحديد السمات التالية :

١ - الشعور الزائد بالنقص : وهو الشعور برفض الذات ومن ثم كراهيتها لتتولد عند المعوق دائماً شعور واضح بالدونية مما يعوق تكيفه الإجتماعي السليم.

٢ - الشعور الزائد بالعجز : وهو الإستسلام للعاهة وقبولها بواقعها وبجزءها لتتولد لدى الفرد إحساس بالضعف والإستسلام لهذا الضعف مع رغبة إنسحابية شبه دائمة وسلوك سلبي إجماعى.

٣ - عدم الشعور بالأمن : وهو إحساس عام بالقلق والخوف من المجهول وتوجس الشر الشبه دائم، وقد يكون لهذا الشعور أعراض ظاهرة كالتوتر أو اللزمات الحركية أو التقلب الإنفعالى وقد تكون له أعراض غير ظاهرة كالإضطرابات الجسمية السيكوسوماتية.

٤ - عدم الإتران الإنفعالى، وهو عدم تناسب الإنفعال مع الموقف صعوداً أو هبوطاً وهى سمة وإن كانت شائعة فى كثير من الأنماط العادية إلا أنها

تأخذ صفة العمومية عند المعوقين، وقد يتطور هذا الشعور إلى تولد مخاوف وهمية مبالغ فيها تؤدي إلى أحد نماذج العصاب أو الذهان.

٥ - سيادة مظاهر السلوك الدفاعي : وأبرزه الإنكار والتعويض والإسقاط والأفعال العكسية والتبرير. والسمة الدفاعية للمعوق تكون بمثابة حماية لذاته المهددة دائماً من الآخرين سواء بصورة مباشرة كالسخرية الواضحة أو بصورة غير مباشرة كالإهمال أو عدم إعارته الإهتمام الكافي^(١٠).

خامساً : المشكلات الطبية :

وتظهر هذه الآثار في شكل مجموعة من المشكلات التي تواجه المعوق. أهمها :

- ١ - عدم معرفته الأسباب الخاصة لبعض أشكال الإعاقة.
- ٢ - طول فترة العلاج الطبي لبعض الأمراض كأمراض الدرن والقلب.
- ٣ - عدم توافر مراكز كافية للعلاج التمييز للمعوقين بمستشفيات خاصة تراعى ظروفهم ومشاكلهم.
- ٤ - عدم توافر المراكز المتخصصة للعلاج الطبيعي، وخاصة في المحافظات النهائية مع عدم توافر الفنيين والأجهزة الفنية لهذا العلاج^(١١).

سادساً : المشكلات الناتجة على المجتمع من الإعاقة :

كشفت تحليلاتنا السابقة عن حجم وأبعاد مشكلة الإعاقة والمعوقين على المستوى العالمي والمستوى المحلي، ونسب وإحصاءات متعددة، تؤكد معظمها حسب تقديرات الأمم المتحدة بأن إجمالي نسبة المعوقين تصل متوسطها إلى ١٠ ٪ من إجمالي عدد السكان العالمي، ولقد قدرت هذه النسبة بأكثر من

٥٥٠ مليون معاق، وبالطبع تحصل الدول النامية على النصيب الأكبر من هذا العدد نتيجة لعوامل متعددة، منها أن أكثر من ٢٨٠٪ من سكان العالم يعيشون في الدول النامية فقط، كما ترتفع كل من معدلات الكثافة السكانية والزيادة السنوية للنمو السكاني من ناحية أخرى في هذه الدول.

وفي حقيقة الأمر أن هذه النسبة من المعاقين في المجتمع تعتبر نسبة كبيرة منها في إعداد الطاقة العاملة، التي تحتاجها الدول النامية، وخاصة تلك التي تتلطف عن زيادة قوتها الإنتاجية في العاملين مثل دول العالم الثالث على سبيل المثال ومن ثم. فإن فئة المعاقين تعتبر طاقة بشرية، يمكن الاستفادة منها في عمليات التنمية الاقتصادية والاجتماعية. وتعد عملية تأهيلهم من العمليات الهامة التي تعود بفائدة مشتركة سواء على المعوقين وأسره أو على المجتمع الذي يعيشون فيه. حيث يسهم ذلك في تنمية مواردهم الخاصة وزيادة الدخل القومي.

وفي السنوات الأخيرة، إهتمت العديد من التشريعات القانونية والمدنية بعمليات تشغيل وتأهيل المعوقين، وحددت نسبة المعاقين ٢٥٪ من إجمالي القوى العاملة وضرورة مشاركتهم في العمل والإنتاج. وكان ذلك إنطلاقاً من التوصيات العالمية التي كرست لرعاية حقوق المعاقين والعمل على استثمار طاقاتهم في المجتمع، ولكن بالطبع هناك العديد من المعوقات. التي مازالت تواجه المعوقين في مجال العمل والإنتاج، وخاصة في الدول النامية. وذلك لاعتبارات متعددة ترجع معظمها إلى طبيعة النسق الثقافي والاقتصادي والأيدولوجي، الذي يحدد اتجاهات المجتمع وقيمه نحو المعاقين ومعاملتهم ورعايتهم بصفة عامة في الوقت الحاضر.

وفي الواقع أن هناك الكثير من الآثار الاقتصادية الناجمة عن زيادة المعوقين في المجتمع وخاصة في الدول النامية الفقيرة أو الضعيفة منها على حد سواء فبالإضافة إلى، أن غالبية المعاقين تعتبر من الفئات غير العاملة في

المجتمع ولا تسهم فى عمليات الإنتاج الفعلية. نجد أن هذه الفئات وأسـرهم تعيش على المساعدات المالية أو من نظم الضمان والتأمينات الإجتماعية، التى تستنزف من الدخل القومى. كما أن التكلفة الإقتصادية فى مجالات تعليم وتأهيل وتدريب وعلاج المعوقين، تعتبر ذات تكلفة إقتصادية عالية بالمقارنة بالفئات الأخرى من المجتمع، وبالتالي يمثل ذلك مصادر عديدة للأعباء الإقتصادية على الميزانية العامة وتؤثر بصورة مباشرة وغير مباشرة على تحقيق سياسات التنمية بوجه عام. وعموماً. أن عمليات التأهيل والتدريب والتخطيط لرعاية المعوقين يعتبر عملاً إجتماعياً وإنسانياً، يجب أن تهتم به الدول المختلفة لتحقيق نتائج إيجابية على المجتمع^(١٢).

إحتياجات المعوقين وبرامج رعايتهم :

يمكن تقسيم إحتياجات المعوقين إلى ثلاث أنواع :

١ - الإحتياجات الفردية وتمثل فى :

أ - إحتياجات بدنية مثل إستعادة اللياقة البدنية وتوفير الأجهزة التعويضية.

ب - إحتياجات إرشادية مثل الإهتمام بالعوامل النفسية المساعدة على التكيف وتنمية الشخصية.

ج - إحتياجات تعليمية مثل إفساح فرص التعليم المتكافئ لمن هم فى سن التعليم مع الإهتمام بتعليم الكبار.

د - إحتياجات تدريبية مثل فتح مجالات التدريب تبعاً لمستوى المهارات ويقصد الإعداد المهنى للعمل المناسب للمعوق.

٢ - الإحتياجات الإجتماعية وتمثل فى :

أ - إحتياجات علاقة مثل توثيق صلات المعوق بمجتمعه وتعميل نظرة المجتمع إليه.

ب - إحتياجات تدعيمية مثل الخدمات المساعدة التربوية والمادية وإستثمارات الإنتقال والإتصال والإعفاءات الضريبية والجمركية.

ج - إحتياجات ثقافية مثل توفير الأدوات والوسائل الثقافية ومجالات المعرفة.

د - الإحتياجات الأسرية مثل تمكين المعوق من الحياة الأسرية الصحيحة.

٣ - الإحتياجات المهنية وتمثل في :

أ - الإحتياجات التوجيهية مثل تهيئة سبل التوجيه المهني مبكراً والإستمرار فيه لحين إنتهاء عملية التأهيل.

ب - الإحتياجات التشريعية مثل إصدار التشريعات في محيط تشغيل المعوقين وتسهيل حياتهم.

ج - إنشاء المصانع المحمية من المنافسة لفتح من المعوقين يتعلم لإيجاد عمل لهم مع الأسراء.

د - إحتياجات إنعماجية مثل توفير فرص الإحتكاك والتفاعل المتكافئ مع بقية المواطنين جنباً إلى جنب.

وتلعب مهنة الخدمة الإجتماعية بطرقها الرئيسية دوراً فعالاً في مساعدة المعوق على إشباع هذه الحاجات وهذا سيتضح في الجزء الخاص بدور الخدمة الإجتماعية مع المعوقين^(١٣).

العلاج التأهيلي :

وهو أحد التخصصات المهنية العاملة في مجال المعوقين، ويقوم على إستخدام نظريات مختارة من مختلف فروع العلم من أجل تقييم قدرات المعوق على أداء النشاطات الحياتية، والتعرف على مدى إستيعابه للمعلومات

والمهارات والإنجازات اللازمة للقيام بتلك النشاطات. ويهتم المعالج التأهيلي على وجه الخصوص بالأفراد الذين يعانون من نقص في القدرات اللازمة للقيام بالنشاطات الحياتية اليومية بسبب الضغوط الحيوية والنفسية والاجتماعية، أو بسبب الصدمات أو الجوادث. كما يهتم المعالج التأهيلي كذلك بالبيئة التي يعيش فيها الفرد بوصفها المجال الحيوى الذى يتعامل معه، والمؤثر الهام فى مستوى أدائه لنشاطاته اليومية، والعامل المساعد فى تنمية مهاراته الحسية والذهنية والحركية والاجتماعية.

أنواع التأهيل :

أولاً : التأهيل الحياتى :

ويهدف إلى مساعدة المعوق على التوافق مع البيئة وخدمة نفسه بنفسه، والعناية بشئونه الشخصية والحياتية كما يجعله فى غير حاجة إلى مساعدة غيره له إلا فى حدود ما تحول إعاقته بينه وبين القيام به كما فى الحالات التى لا يجدى معها التصحيح أو التأهيل الطبي. ولا يتوقف الأمر عند حد تعليم وتدريب المعوق نفسه على أداء تلك الخدمات، ولكن يتم تعليم آباء الأطفال المعوقين بديناً والقائمين على رعايتهم أيضاً كيفية غسلهم وتغذيتهم والعناية بنظافتهم وملبسهم وكيفية تحريكهم بشكل سهل ومريح.

وتختلف نشاطات التأهيل تبعاً لسن المعوق ومستوى الخبرات السابقة ودرجة الإعاقة، فالمصابون بالشلل المخي مثلاً تختلف مشاكلهم باختلاف درجة الإعاقة، ولذا يتم التركيز على تعليم الطفل كيفية الاعتماد على نفسه فى تناول الطعام وفى قضاء الحاجة وفى الاعتماد على نفسه فى ارتداء ملابسه، مع برمجة مجموعة من النشاطات التى تهدف إلى زيادة قوة العضلات وحركة المفاصل وتناسق الحركة بوجه عام. كما قد يتطلب الأمر دراسة إمكانية كرمى متحرك بمواصفات خاصة، إذا احتاج الأمر.

أما بالنسبة للتخلف الذهني فقد يستدعى الأمر التركيز على تنشيط النمو لذهني والإجتماعي بقدر الإمكان.

ويشتمل تأهيل المتخلفين دراسياً على النشاطات المؤدية إلى التفاعل مع المثيرات الحسية المتنوعة مثل الأشكال والأجسام ومختلف الخبرات الحسية التي توفر فرصاً للتدريب الحسن وزيادة القدرة على التمييز بين الأشكال أو تصنيفها وفق خطط متعددة.

أما فيما يتعلق بالمستين فإن برامج التأهيل تتجه إلى مساعدتهم على المحافظة على الطاقة عن طريق تبسيط العمل وكيفية أدائه بحيث يستطيع الفرد منهم ترتيب فراشه وإعداد وجبات الطعام بشكل يحافظ على أكبر قدر من الطاقة ويحتاج إلى أقل جهد ممكن دون أن يحرمه من فرص الحركة والعمل.

وكثيراً ما يتدخل المعالج التأهيلي لإعادة ترتيب البيئة التي يعيش فيها المعوق لزيادة قدرته على الحركة وخدمة نفسه، فقد يعمل على إعادة ترتيب أثاث الحجرة أو المنزل بشكل معين، كما قد يوصي بتثبيت قضبان خشبية على بعض الحوائط أو في الحمام مثلاً لتمكين المعوق المقعد الذي يستخدم الكرسي المتحرك من إستخدام المرحاض. وأحياناً ما يعمل المعالج التأهيلي على التوصية بإزالة بعض العوائق الموجودة تحت حوض المطبخ مثلاً لتمكين المعاق الذي يستخدم الكرسي من غسل الأواني وأدوات الأكل بنفسه دون الإعتماد على غيره.

ويمكن تقسيم مجالات العلاج التأهيلي الحيائي إلى ثلاثة نشاطات متميزة، هي:

• النشاطات الحياتية : وتهدف إلى تعليم العادات الصحية والعناية بالنظافة والملبس والمظهر، وكيفية إعداد وجبات الطعام والإعتماد على النفس في الأكل، وكيفية إستخدام النقود.

• **الإتصال :** ويهدف إلى تكوين عادات نافعة تساعد على زيادة القدرة على الإتصال بالآخرين عن طريق إتقان استخدام أساليب معينة ، وإلى كيفية استخدام وسال الإتصال كالهاتف وكتابة الرسائل وتعبئة النماذج الخاصة ، وغيرها.

• **التنقل :** وتهدف إلى تدريب المعوق على استخدام المواصلات العامة وقيادة السيارة أو المركبة الآلية ، وغيرها.

ثانياً : التأهيل الطبي :

ويهدف إلى مساعدة المعوق عن طريق إجراء العمليات التصحيحية أو تقديم الخدمات العلاجية فى مجالات استخدام الأعضاء المصابة وزيادة قدرتها على التحمل أو للرفع من مستوى أدائها، وفى استخدام الأطراف الصناعية البديلة، وفى تقديم العلاج الطبيعى إذا إحتاج الأمر.

ثالثاً : التأهيل النفسى :

ويرمى إلى مساعدة المعوق على التوافق مع البيئة المحيطة به بشكل طبيعى عن طريق تقبل إعاقته، والتفكير بشكل واقعى فى كيفية العيش معها دون الشعور بالنقص أو الاختلاف ومايصاحبها من شعور بالقلق والحيرة والحزن أو اليأس.

رابعاً : التأهيل الإجتماعى :

ويهتم بإعداد المعاق للعيش بين أفراد أسرته ومجتمعه. ونظراً لتعرض المعوق لكثير من العوامل الإجتماعية التى قد تؤدى إلى رفضه أو تقبله وإلى حبه أو كراهيته من قبل الأسرة، بالإضافة إلى ما قد يصاحب ذلك من الحماية الزائدة وشدة الخوف عليه، أو حرمانه ووضع القيود أمامه، فإن التأهيل الإجتماعى يصبح أمراً ضرورياً لإعادة التوافق وتغيير إتجاهات كل من المعوق والأطراف الإجتماعية الأخرى لإحداث التوازن المطلوب لسلامة الصحة النفسية.

ويشتمل التأهيل الإجتماعى على مجموعة من النشاطات التى تهدف أيضاً إلى تعليم المعوق كيفية الاستفادة من وقت الفراغ والارتفاع من النشاطات الترفيهية سواء كانت فردية أم جماعية مثل :

أولاً : ممارسة النشاطات الهادفة إلى زيادة السرور والشعور بالمرح مثل القراءة وممارسة الألعاب الرياضية والعناية بالبيت أو الحديقة، وحضور الحفلات وزيارة الأصدقاء وممارسة الهوايات.

ثانياً : التشجيع على الانخراط فى النشاطات الإجتماعية عن طريق الأعمال التطوعية كما فى التدريب الرياضى، والتمريض والمشاركة فى المناقشات العامة وتقديم دروس تقوية للمحتاجين وغيرها من النشاطات التى يتقنها المعوق.

خامساً : التأهيل المهنى :

ويهدف إلى إعداد المعاق للإلتحاق بعمل مناسب جنباً إلى جنب مع غير المعوقين، أو فى أعمال لا تعرض الشخص للخطر وبمبدأ عن تحمل المسئولية كما فى بعض حالات التخلف ذهنى أو الشلل المي. وتتنوع مجالات تدريب المعوقين من الأعمال المهنية التى تمثل قمة هرم الأعمال إلى النشاطات اليدوية غير الماهرة التى تشكل قاعدة هرم الوظائف والأعمال.

وبالإضافة إلى التأهيل المهنى فإنه يتم تنمية المهارات اللازمة للعمل والحفاظة عليه أيضاً، مثل :

- * العناية بالمظهر العام.
- * المحافظة على مواقيت العمل.
- * التدريب على تقبل تعليمات المشرفين وملاحظى الأعمال.
- * إقامة علاقات طيبة مع الزملاء والمحافظة عليها.
- * تحمل المسئولية.

الوسائل المساعدة على نجاح العلاج التأهيلي :

إن مستوى نجاح أى نشاط تأهيلي يتوقف على توفر مجموعة من العوامل أهمها :

أولاً : عوامل تتعلق بالعمل مثل :

١ - العمر الزمني.

٢ - الإستعدادات العصبية من حيث القدرة على التمييز والإدراك.

٣ - الإستعدادات العصبية الحركية من حيث القدرة على الحركة، والسيطرة على مختلف أعضاء الجسم بشكل يؤثر في البيئة، وتشمل سهولة الحركة وقوة التحمل ومتانة العضلات.

٤ - الإستعدادات الذهنية من حيث القدرة على التعلم والفهم والتفكير المجرد وحل المشكلات.

٥ - الإستعدادات النفسية من حيث القدرة على الربط بين الأحداث ومايصاحبها من إنفعالات، وتحليل المعلومات الماضية المخزنة في شكل خبرات في ضوء الحاضر بشكل واقعي.

٦ - العلاقات الاجتماعية : وتتمثل في الخبرات الإنسانية ذات الصلة بالفرد وغيره من الأفراد، وفي الصداقات القائمة وتبادل المشاعر والمشاركة في المجموعات.

ثانياً : عوامل تتعلق بالنشاطات التأهيلية:

وقد سبق مناقشتها بشئ من التفصيل في حديثنا عن العلاج التأهيلي.

ثالثاً : عوامل تتعلق بالبيئة التي يعيش فيها الفرد :

وتتمثل في البيئة الثقافية المحلية بكل ما فيها من عادات وتقاليد وخلفيات ثقافية متنوعة، وفي البيئة الاجتماعية التي يعيش فيها الفرد بكل مكوناتها

وردود أفعالها والعوائق التي تحول بين المعوق وبين إرضائه الأماكن العامة لتحقيق الاندماج الكامل.

وهناك أسلوبان شائعان من أساليب العلاج التأهيلي ، هما :

١ - العلاج الفردي : ويتم عن طريق ملاحظة سلوك الفرد وأوجه الضعف أو القوة لديه ، ثم العمل على التغلب على أوجه الضعف أو القصور عن طريق الجلسات أو النشاطات الفردية.

٢ - العلاج الجماعي : ويتم عن طريق استخدام مجموعة من النشاطات المصممة خصيصاً لمساعدة الأفراد على التعامل مع بعض الأمور أو المشاكل التي تخصهم جميعاً من أجل تعلم أشياء جديدة أو الرفع من مستوى الأداء أو للمحافظة على مستوياتهم التي حققوها^(١٤).

خدمات الرعاية الإجتماعية للمعوقين :

أولاً : الخدمات الوقائية :

هناك أهمية للخدمات الوقائية ولا يمكن إغفالها عند علاج مشاكل المعوقين إذ لا يمكن أن يكون للخدمات المبذولة في هذا الميدان طابع إيجابي دون أن يمتد آثارها إلى مصادر المشكلة وجوانبها المختلفة والمتعددة لعدم تفاقمها، لهذا بادرت كثير من الحكومات لوضع لوائح وقوانين تحمي الأفراد من إصابات العمل وتوفير وسائل الأمن الصناعي كما أن إجراءات تدعيم الصحة هي وقاية غير مباشرة من حدوث الإعاقة مثل التوعية لأساليب التغذية السليمة وخدمات رعاية الجوامل والتحصين ضد الأمراض المعدية والتي تؤدي إلى معوقات جسمية وحسية مثل شلل الأطفال وكف البصر كما أن الاكتشاف المبكر لكثير من الأمراض والعلاج منها يؤدي إلى الوقاية من أي عجز ينتج عنها.

ثانياً : خدمات الحصر والتسجيل :

إن المبادرة فى إكتشاف حالات الإعاقة وتحويل المعوق فى الوقت المناسب لذوى التخصص له أهمية بالغة فى نجاح عملية التأهيل الإجتماعى للمعوقين ويتوقف إكتشاف الحالات على تنظيم عمليات الحصر والتسجيل والتحويل وتكامل مجهودات الخبراء والإخصائيين فى هذا المجال مما يساعد على تحديد حجم مشكلة المعوقين والتخطيط لها.

ثالثاً : الخدمات الطبية :

ويقصد بها الإشراف الصحى العام على المعوقين سواء من الناحية العلاجية للعاهة أو من أى أمراض ويجب أن يكون الإشراف الصحى مستمراً ومتوافر مع الإهتمام بالعلاج الطبيعى وخاصة فى حالات الإعاقة الجسمية وتوفير الأجهزة التعويضية اللازمة.

رابعاً : الخدمات النفسية :

لاشك أن الإعاقة ذات تأثير شديد فى إضطراب الإتران الإنفعالى للفرد ومهما كانت درجة صحته النفسية ونادراً ما ينجح المعوق فى إعادة تكيفه مع بيئته بإكتشاف الإمكانيات الباقية له وقبول وضعه الجديد ولكن فى أغلب الحالات يعجز المعوق عن ذلك ويتضح ذلك فى سلوكه فقد ينكر أنه مصاب بمرض مايحاول إخفاء نواحي العجز والقصور أو يميل نحو العزلة والإنطواء أو يميل لحياة اللذة العاجلة أو للمبالغة والتهويل نحو إصابته. كل هذه الإستجابات الشاذة تحتاج لخدمات نفسية لتغيير نظرة المعوق إلى نفسه والإستفادة من إمكانياته الحقيقية المتبعة ولا ينجح الإخصائى الإجتماعى النفسى فى ذلك إلا بعد دراسة دقيقة لمجموعة من العناصر منها تأثير العلاقة على شخصية للمعوق وسلوكه ؟ مستوى ذكاؤه وإستعداداته العقلية وإستعداداته للتعاون والإستفادة من برامج الرعاية، تحديد عما إذا كان التعويق ناتج عن إصابة عضوية أم من إنحراف وظيفى أو سلوكى فقط.

خامساً : الخدمات الإجتماعية :

تبدأ هذه الخدمات بدراسة الأخصائى الإجتماعى للحالة والتعرف عليها وعلى كل مايحيط بالمعوق من ظروف بيئية ودراسية ومهنية وكيفية الإصابة بالعائق ... إلخ . ويقوم الإخصائى الإجتماعى بالعمل مع الحالات الفردية أو مع الجماعات أو التنظيمات وستقوم بعرض مفصل عن دور الخدمات الإجتماعية فى هذا المجال .

سادساً : الخدمات التعليمية :

وتهتم الخدمات التعليمية بتعليم التلاميذ المعوقين ويقوم مدرسون متخصصون فى تعليم الشواذ وفقاً لنوع العاهة ويراعى فى الخدمات التعليمية تكييف المناهج وطرق التدريس مع قدرات وإمكانات المعوق .

سابعاً : الخدمات المهنية :

وهو مايسمح بالتأهيل المهنى ، والواقع أن التأهيل كلمة مألفة للأطباء وأخصائيو العلاج الطبيعى والإخصائيين الإجتماعيين وعلى الأقل من أن الجميع يتفقون على الهدف الأساسى له إلا أنهم يختلفون فيما بينهم فى تعريفه ولقد ظهر رأيان فى هذا الصدد الأول أن هناك فرق بين التأهيل والعلاج والآخر يرى أن التأهيل والعلاج أجزاء فى عملية واحدة .

ثامناً : الخدمات التشريعية :

تصدر كافة الدول تشريعات تنظم خدمات الرعاية الإجتماعية للمعوقين مثل قانون الضمان الإجتماعى رقم ١٣٣ لعام ١٩٦٤ الذى ألزم وزارة الشئون الإجتماعية بإنشاء الهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل المهنى للمعوقين والقانون رقم ٩١ لعام ١٩٥٩ الذى أعطى لكل معوق الحق فى تدريبه مهنيّاً وللحق فى قيد إسمه بمكتب العمل وألزم أصحاب العمل بتشغيل المعوقين مهنيّاً فى حدود ٢.٥ من مجموع العاملين لديهم وصدر

القانون رقم ٣٩ لعام ١٩٧٥ فجمع شتات النصوص التي صدرت في السنوات السابقة للإهتمام بكافة أوجه الرعاية للمعوقين^(١٥).

وسائل التأهيل المهني للمعوقين :

تتم عملية التأهيل المهني عادة بإحدى الوسيلتين الآتيتين :

أولاً : مكاتب التأهيل :

مكتب التأهيل هو أبسط أداة لتنفيذ عملية التأهيل المهني والاجتماعي . وهو في نفس الوقت أحسن الوسائل وأجدرها بالنسبة للمستفيد ذاته كما أنه أقلها تكلفة ويتكون مكتب التأهيل عادة من أخصائي إجتماعي متخصص في التأهيل وكاتب أو عدد أكبر من الأخصائيين والكتابيين بحسب عدد الحالات الذي يخدمها المكتب المتوسط ومهمة الأخصائي في مكتب التأهيل هي أن يستقبل المصابين بعجز أو مرض مستديم الذين يتقدمون إليه ويتحقق من أن عجزهم يمنعهم فعلاً مواصلة عملهم الأصلي أو يمنعهم من مواصلة التعلم، ثم يستعين بالخدمات العادية الموجودة في البيعة لفحصهم طبياً وإختبارهم نفسياً ومهنياً ثم يضع لكل منهم خطة تأهيلية التي ترسم له مستقبل حياته المهنية والاجتماعية ويشرف على تنفيذ هذه الخطة بما تشتمل عليه من تدريب مهني في المنشأة المناسبة ويعاون في تشغيلهم ثم يتابعهم حتى يطمئن إلى إستقرارهم في العمل.

وتحصل مكاتب التأهيل على هذه الخدمات عادة من البيعة عن طريق التعاقد مع العيادات الطبية والنفسية والمعاهد التعليمية وجهات التدريب المهني وأصحاب الأعمال وغيرها نظير أجر يتفق عليها في تلك العقود.

ثانياً : مراكز التأهيل المهني :

يقيم فيها المعوق حيث يجد جميع الخدمات المشار إليها متوفرة داخل المركز من عيادات طبية ونفسية ومهنية وأماكن للتدريب المهني والعلاج

الطبيعى بل قد تحتوى على مصانع خاصة بالتشغيل بعد إنتهاء عملية التدريب المهنى وهناك نوعان من المراكز :

أ - مراكز داخلية كاملة.

ب - مراكز نصف داخلية.

وكلما كانت حالة المعوق تسمح بتأهيله بنظام النصف الداخلية كلما كان من الأفضل خدمته بهذا النظام ويرجع تفضيل نظام النصف الداخلية على نظام الداخلية الكاملة لسببين هما :

١ - عدم عزل المعوقين عن بيئتهم الطبيعية عزلاً كاملاً.

٢ - إتمام عملية التأهيل فى مدة أقصر حيث لوحظ أن المعوقين الملتحقين بمراكز التأهيل كثيراً ما يحاولون إطالة مدة إقامتهم بالمركز حيث يتمتعون بالرعاية الكاملة ووسائل الترفيه البعد عن المتاعب النفسية لشعورهم بالنقص فى البيئة الخارجية.

من ناحية أخرى لايجوز الإستعانة بمراكز التأهيل سواء الداخلية أو نصف الداخلية إلا إذا تملزت الإستعانة بمكاتب التأهيل أو كانت الحالة تقتضى الإلتحاق بمركز تأهيل (داخلى أو نصف داخلى) مثل الحالات الآتية :

١ - الإصابات الجسمية التى يصعب معها إنتقال العميل يومياً أثناء عملية التوجيه المهنى أو أثناء التدريب المهنى مثل حالات الشلل النصفى أو بتر الساقين أو بتر الذراعين وإصابات القلب ... إلخ.

٢ - الحالات المحتاجة أثناء التشخيص إلى مراقبة مستمرة حيث يطلب أحياناً وضع المصاب تحت المراقبة مثل حالات الصرع أو الهستيريا أو يطلب الإخصالى النفسى مراقبة السلوك طول الوقت.

٣ - الحالات التى تحتاج إلى علاج طبيعى بجانب التوجيه والتدريب

المهني ولذلك نجد أن أغلب مراكز التأهيل المهني مشتملة على أقسام للمعالج الطبيعي.

٤ - الحالات التي تكون فيها ظروف البيئة عائقاً كبيراً في سبيل تنفيذ عملية التأهيل المهني مثل معارضة الأسرة على تأهيل المعوق، أو حفزه على التسول أو الإصابات التي تحتاج إلى ظروف صحية غير متوفرة في البيئة كحالات القلب والناقهين من الدرن وبعض حالات إصابات العضلات أو بعض الأمراض النفسية المزمنة ... إلخ، أما طلبات الالتحاق بمراكز التأهيل المهني بسبب الفقر وحده فلا يجوز قبولها لأن مركز التأهيل ليس ملجأ أو مأوى للمعوقين الفقراء كما يعتقد البعض وخصوصاً وإن مراكز التأهيل تعتبر من أكثر المنشآت الاجتماعية تكلفة، وأكثرها إشتمالاً على تخصصات متنوعة.

على أن هذا لا يمنع من معاونة المعوق الفقير أثناء تأهيله بمكتب التأهيل عن طريق إحالته إلى مصادر المساعدة المناسبة لظروفه مثل الضمان الإجتماعي والتأمينات الاجتماعية وهيئات البريد.

مميزات مكاتب التأهيل المهني :

التأهيل عن طريق المكاتب أفضل منه عن طريق المراكز كما أسلفنا للأسباب الآتية :

١ - قلة التكاليف.

٢ - الصلة الوثيقة بالبيئة، حيث يشعر المعوق في بيئته الطبيعية أنه كغيره من الناس، لا ينتمى إلى طائفة من المعوقين لها نظامها الخاص في التعليم والتدريب والترفيه ... إلخ وبذلك يحفظ بكيانه واحترامه وتقديره لنفسه.

٣ - فرص التوجيه المهني أوسع، حيث يتسنى إختيار أقرب المهن إلى قدرات العميل.

٤ - سهولة التدريب حيث تتوفر فى البيئة العادية إمكانيات التدريب فى كافة مجالات العمل والمعاهد الدراسية.

٥ - سهولة تغيير الأخصائيين (مثل الأطباء والنفسيين والإجتماعيين) عن طريق التعاقد مع آخرين، بينما يستحيل على المركز إستبدال موظفيه.

٦ - سهولة التشغيل بعد إتمام التدريب، حيث يتعرف العميل على فرص العمل وعلى أصحاب الأعمال أثناء تدريبه فى البيئة العادية^(١٦).

المبادئ الأساسية فى التأهيل المهنى :

أولاً : أبعاد شخصية الإنسان :

شخصية الإنسان وحدة متكاملة متعددة الأبعاد بمعنى أنها تتفاعل مع البيئة ككل وتتكون أبعادها الأساسية من :

١ - الصفات البدنية والجسمية وتتكون من :

أ - أجهزة الجسم المختلفة كالجهاز الهضمى والجهاز التنفسى والجهاز الدورى، والجهاز التناسلى، والجهاز العصبى، والغدد المختلفة.

ب - الحواس كالسمع والبصر، والشم، والتذوق، واللمس.

٢ - الصفات العقلية والنفسية وأهمها :

أ - القدرات العقلية كالذكاء العام والمواهب والقدرة على الربط والتخيل والتسلسل المنطقى والتذكر. والحكم ... إلخ.

ب - الحالات الإنفعالية أو المزاجية.

ج - محتويات اللاشعور وما كبت فيه وعلاقته بالمشاكل التى تواجه الفرد.

٣ - الميول والخبرات السابقة.

٤ - ظروف البيئة وأثرها على الشخصية وتتمثل فى الأسرة والعمل والأصدقاء والأقارب والنواذى ... إلخ.

ثانياً : الميول لاندل على قدرات :

من الأخطاء الشائعة إعتبار الميول أساساً لصلاحية الفرد للمهنة، بحيث تتوقع نجاحه فى أى مهنة يميل إليها إذا ما أعطى التدريب المناسب، والحقيقة خلاف ذلك، فقد يميل شخص ما إلى مهنة معينة ثم يكتشف أنه لا يصلح لها على الإطلاق مهما نال من التدريب والتعليم، بل ربما يتكشف أنه لا يميل إليها أصلاً لأن الميل لا يخرج عن كونه عاطفة تكونت من تكرار مواقف محبة إلى الإنسان ترتبط بالشئ الذى مال إليه.

ثالثاً : أساس التوجيه المهني هو القدرات وليس العاهات :

العاهات الظاهرة ليست مقياساً للقدرة أو العجز، وإنما المقياس الصحيح هو ما تبقى للشخص من قدراته بعد إصابته بالعمى، ولذلك كان من الخطأ تحديد مهن وأعمال معينة تناسب كل عاهة، فمن الخطأ أن تقول أن كل مكفوف يصلح للمهن الآتية مثلاً، أو أن تأهيل المجترين يرتبط بمهن لها وهكذا.

ولكن يمكننا على العكس أن نقول أن المكفوفين لا يصلحون لمهن معينة، وهى المهن التى تحتاج حتماً إلى الإبصار ثم بعد ذلك تختار لكل مكفوف من بين المهن الباقية ما يتفق مع صفاته الشخصية (قدراته البدنية والعقلية وخبراته ثم ميوله).

رابعاً : مراعاة فرص العمل فى البيئة :

لأنقتصر عملية التأهيل المهني على ملاءمة قدرات الفرد لمطالب مهنة معينة يوجه إليها، ثم يدرب عليها ويتقنها، وإنما قد نكتشف بعد إعداده للمهنة إعداداً كاملاً أن تلك المهنة كاسدة فى سوق العمل، ولذلك يجب أن يكون إختيارنا للمهنة مقصوراً على المهن الراضية أو المتوقعة رواجها عند إستكمال تدريب المعوق عليها، وبعبارة أخرى يجب أن يلم القائمون بالتأهيل

المهني إلماً كاملاً بفرض العمل الفعلية في البيئة المحلية ويتابعون حالتها من حيث الزواج أو الكساد باستمرار^(١٧).

خطوات التأهيل المهني :

١ - مرحلة الحصر (إكتشاف الحالات) :

لكي يتمكن التأهيل من تحقيق أهدافه ينبغي على القائمين به تحديد حجم المجتمع المحتاج لهذه الرعاية، ومن ثم ينبغي حصر حالات المعوقين سواء كانت أسباب الإعاقة وراثية جينية، أو بيئية مكتسبة ثم تصنيفها بهدف مواجهة إحتياجات كل فئة بالرعاية التي تلزمها، أو الإهتمام النوعي بها.

وينبغي أن تكون الجهات المختصة بالتأهيل المهني على صلة وثيقة بالمستشفيات، وإدارات أو أقسام تسجيل للمواليد بمكاتب الصحة وأماكن تسجيل إصابات العمل بمؤسسة التأمينات الإجتماعية، وذلك لإكتشاف حالات الإعاقة في وقت مبكر، كي لا يترك المعوق فترة طويلة بعاهته فيكتسب بعض الميول والعادات غير السوية، كان يلجأ إلى إستغلال عاهته في إستدثار العطف والتسول، أو يفقد الثقة بنفسه فيلجأ إلى الإستسلام واليأس أو يحاول الهروب من عاهته فيدمن المخدرات أو يقدم على الإنتحار أو غير ذلك من السلوك غير السوي.

٢ - مرحلة الإعداد الجسمي :

وتتضمن هذه المرحلة

أ - إتمام خطة العلاج الطبي، سواء كان ذلك عن طريق الجراحة أو العقاقير الطبية، أو العلاج الطبيعي لتدريب بعض العضلات أو المفاصل لإستعادة مرونتها، وهو من أهم الوسائل التي تساعد المريض على إستخدام عضلاته المعطلة، ولا تبدأ عملية التأهيل المهني إلا بعد إنتهاء العلاج الطبي تماماً، والتأكد من أن حالة العجز أصبحت مستقرة وثابتة إلى حد كبير.

ب - العلاج بالعمل، ويقرره الطبيب بالإشتراك مع الأخصائي الاجتماعي حيث يمارس المريض نوعاً من النشاط أو الهواية ذات الصبغة الإنتاجية أثناء فترة العلاج، والغرض من ذلك تدريب المريض على القيام بحركات معينة تفيد خطة العلاج من جانب، وإستغلال وقت الفراغ بأسلوب مثمر، وصرف المريض عن التفكير في عاهته، وتحسين حالته النفسية، ورفع روحه للمعنوية بوجه عام مما يكون له أثر كبير في التعجيل بالشفاء من جانب آخر.

ورغم أن العلاج بالعمل يشترك مع العلاج الطبيعي في تعويد المعوق على الإتيان بحركات معينة تفيد خطة العلاج، أو تدريب بعض العضلات والمفاصل لإستعادة ليونتها، إلا أنه - العلاج بالعمل - يتميز بإعادة ثقة المعوق في ذاته وإشباع حاجة إثبات الذات والقدرة على العطاء والإنتاج والكسب.

ج - التدريب على إستخدام الأجهزة التعويضية المختلفة كالأطراف الصناعية أو أجهزة السمع أو الأحزمة، وتعتبر هذه الخطوة من العمليات الفنية الهامة بالنسبة للمعوقين من ذوى الأطراف المبتورة والمصابين بشلل الأطفال.

٣ - مرحلة البحث الاجتماعي :

وهذه المرحلة تعنى إجراء دراسة تشمل جميع الأحوال الاجتماعية للمعوقين فتشمل الدراسة بيانات عن الإعاقة : مثل أسبابها، ونوعها، وشدتها أو درجتها والظروف التي وقعت فيها الإصابة والآثار الاجتماعية والنفسية التي نشأت عن العاهة.

كما تشمل الدراسة بيانات عن العلاج الطبي : مثل المؤسسات العلاجية المختلفة التي قامت بعلاج المعوق، ووسائل وأساليب العلاج التي اتبعت في علاجه.

وأيضاً تشمل الدراسة نياتان عن العمل : مثل العمل أو الأعمال التي كان يمارسها المعوق قبل الإصابة، والأجر الذي يتقاضاه والمستوى الدراسي الذي بلغه، وأيضاً درجة استقراره بالدراسة ومستوى تحصيله، وعلاقته بالمدرسين والمدرسة قبل وبعد العاهة في حالة إذا كان المعوق طالباً.

كما تشمل الدراسة شخصية المريض : من حيث مدى نضجه الإنفعالي . واعتماده على نفسه، ودرجة الإنكالية أو الإنطواء أو العدوانية التي خلفتها الإعاقة وأثر سلوكه في علاقاته الإجتماعية داخل الأسرة وخارجها وأثر عوامل البيئة الخارجية في سلوكه كأن يكون ميباً في تشرده أو إنحرافه، ورأى المعوق في الأعمال التي يرغب في التدريب عليها، وكذلك إستعداداته وإمكانياته التي يمكن الإستفادة منها في عمليات التأهيل.

كما تشمل الدراسة أيضاً على بيانات أسرة المعوق : حيث يقوم الأخصائي الإجتماعي بدراسة علاقة المعوق بأفراد أسرته والمشكلات الإجتماعية التي نجمت عن العاهة، والمستوى الإقتصادي للأسرة وأثر العاهة على مواردها المالية، واتجاهات الأسرة نحو المعوق، ونوع المشكلة التي تعامله بها الأسرة، ورأى الأسرة في الإعاقة، ومشروعاتها في المستقبل قبل المعوق، وأيضاً يهتم الأخصائي الإجتماعي في هذه الدراسة بإمكانيات التدريب، والمؤسسات المختلفة التي يمكن أن تساهم في تيسير التدريب ووسائله وأدواته، كمراكز التدريب المهني، أو مؤسسات التدريب المهني، أو إمكانية التدريب في بعض المصانع بالمجتمع المحلي أو بمنزل المعوق، وكذلك الموارد المادية التي يمكن توفيرها لمعاونة المعوق، وأسرته أثناء فترة التدريب من جانب، أو لتدوير الأجهزة التعويضية أو أدوات للتدريب من جانب آخر.

٤ - مرحلة الاختبار النفسي :

وتهدف هذه المرحلة إلى التعرف على شخصية المعوق من حيث ميوله واتجاهاته الشخصية، وإستعداداته النفسية، وقدراته العقلية، وذلك عن طريق الإختبارات النفسية، بحيث يمكن التعرف على إمكانيات المعوق، والعمل

على إستغلالها بأقصى قدر ممكن فى عمليات التأهيل المهنى، كما ينبغي التعرف على المشكلات النفسية التى يعانى منها المعوق، سواء كانت هذه المشكلات تمتد جذورها إلى ما قبل الإعاقة، أو كانت من نتائج الإعاقة، وتحتاج إلى مساعدات علاجية.

وتعتبر مرحلة الإختيار النفسى من المراحل الهامة فى عمليات التأهيل لما تخلقه العاهة أو الإعاقة من عوامل نفسية تؤثر على شخصية المريض من جانب وعلى علاقاته الإجتماعية من جانب آخر، وعلى تقبله لمهنته قبل الإعاقة أو ما بعدها من جانب ثالث، وعلى ما تقدم أو إستكمال خطة العلاج وعدم إنتكاس المعوق من جانب رابع، وأخيراً لأن المعوق إنسان قبل كل شئ وينبغي العمل على إعادة توازنه من الناحية الإنسانية.

٥ - مرحلة التوجيه المهنى :

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق إلى أنسب المهن التى تتفق وإستعداداته وقدراته وإمكانياته وطبيعة عجزه وحالته الصحية بشرط أن تكون هذه المهنة ضمن المهن التى تتوافر فيها فرص العمل فى المجتمع وتتضمن عملية التوجيه المهنى تطبيق النظرة التكاملية للفرد عن طريق عمل الفريق حيث يقوم الطبيب بالإشتراك مع أخصائى التدريب والأخصائى النفسى والأخصائى الإجتماعى والأخصائى المهنى بإستعراض ما يمتاز به الفرد من قدرات بدنية خاصة وإستعدادات نفسية وعقلية وميول شخصية ومعلومات وخبرات ثم مقارنة تلك القدرات والإستعدادات والخبرات بما تتطلبه عملية الأداء فى المهن المختلفة ومن ثم إختيار أنسب المهن لحالة المعوق وتوجيهه إليها وبشكل مشترك أعضاء الفريق فى هذه العملية كل بمجال إختصاصه متعاونين فيما بينهم لتحقيق الهدف المنشود.

فيقوم الطبيب بإعداد تقرير عن أجهزة المعوق البدنية وحواسه التى بقيت لديه بعد الإعاقة كالجهاز العصبى والعضلى وقوة الإبصار وحالة السمع ... إلخ. ويضع توجيهاته وإرشاداته الواجب مراعاتها عند إختيار المهنة المناسبة للمعوق.

ويقوم الأخصائى النفسى بقياس نسبة ذكاء المعوق والميول والقدرات الخاصة والحالة المزاجية والإنفعالية ويضع بدوره إرشاداته ونصائحه فى إختيار المهنة المناسبة التى يوجه المعوق إليها.

وكذلك يقوم الإخصائى الإجتماعى بدراسة الظروف الإجتماعية للمعوق ومستواه العلمى وخبراته العلمية وحالته الإقتصادية وعلاقاته الأسرية من جانب وعلاقته بالبيئة من جانب آخر ثم يضع إرشاداته وتوجيهاته فى إختيار المهنة الملائمة لظروف المعوق الإجتماعية.

وأخيراً يقوم الأخصائى المهنى بدراسة مدى صلاحية المعوق للمهن السائدة فى المجتمع فى ضوء فرص العمل المتوافرة وفى حدود ما أسفرت عنه تقارير باقى الأخصائيين.

وبعد مناقشة حالة المعوق يمكن تحديد نوع المهنة أو العمل الذى سيوجه إليه المعوق وتقرير ما يحتاج إليه من تدريب ومن هذا التدريب وجهة التدريب إمكانية العمل.

٦ - مرحلة التدريب المهنى :

تهدف هذه المرحلة إلى تدريب المعوق على المهارات اللازمة لتأدية العمل أو المهنة التى أختيرت له وتم توجيهه إليها ويتم التدريب عادة بمراكز التدريب المهنى بالنسبة للمعوقين لأقل من ١٩ سنة، كما تقوم هيئات التأهيل المهنى بإنشاء مؤسسات داخلية لتأهيل الأطفال حتى سن ١٨ سنة تلحق بها فصول دراسية وورش للتدريب على بعض الأعمال أو الحرف بالإضافة إلى الرعاية النفسية والإجتماعية وأحياناً يكون التدريب بالمنزل لمن يجد صعوبة الانتقال إلى مركز التدريب المهنى وإذا ما توافرت الخامات والأدوات اللازمة لديه وتصرف أحياناً مساعدات إليه أثناء فترة التدريب بناءً على توجيهات الأخصائى الإجتماعى لتغطية نفقات الانتقال أو مساعدة الأسرة ومن ثم فإن مرحلة التدريب المهنى تستلزم إستجابة المعمل المعوق ذاته لتنفيذ خطة التأهيل المهنى بنجاح.

وقد يحتاج المعوق إلى تدريب على نوع معين من الأعمال يكسبه مهارة خاصة تفيد مستقبله على أداء عمل لحسابه الخاص أو لحساب الغير وفي هذه الحالة تتعاقد هيئة التأهيل مع جهة التدريب سواء كانت معهداً دراسياً أو منشأة صناعية أو تجارية أو غيرها.

٧ - مرحلة التشغيل أو الترخيم :

وتهدف هذه المرحلة إلى توجيه المعوق بعد إستكمال عملية التدريب المهني نحو العمل الذي يتفق عليه مع ما حصل عليه من تدريب سواء في المصانع أو الشركات أو الورش أو المنزل وبطبيعة الحال تتوقف عملية التشغيل على عدة عوامل من بينها.. مدى توفر فرص العمل الملائمة ومدى توافر التشريعات القانونية والزام المؤسسات والشركاء المصانع بتشغيل المعوقين ودرجة الوعي في المجتمع والإعتقادات السائدة بين المصانع والشركات وأصحاب الأعمال حول ضعف كفاءة أداء المعوقين علماً بأن الدراسات قد أثبتت أن المعوقين الذين يجتازوا مرحلة التدريب المهني يتقنون أنواعاً من الصناعة والحرف أفضل من إقنان العاديين لها الأمر الذي جعل مصانع الأسلحة والذخيرة بالولايات المتحدة الأمريكية بإسناد عملية مراجعة الخطوات النهائية في مواسير المدافع والبنادق وغيرها من ناحية النعومة أو الإساءة والدوائر الحلزونية (الششخانات) للمكفوفين نظراً لشدة حاسة اللمس لديهم هذا بالإضافة إلى بعض الأعمال التي يتفوق فيها المكفوفين مثل عمليات التغليف النهائية في المصانع والعمل في الشبكات التليفونية.

ولقد حمت مصر أنهايا من خلال التشريعات القانونية، حيث أكرم قانون تأهيل المعوقين رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ جهات وأماكن العمل التي يزيد عدد العاملين بها عن خمسين عاملاً، بتخصيص فرص عمل بنسبة ٥٪ من مجموع العاملين بها، للمعوقين الحاصلين على شهادات التدريب من مراكز التأهيل المهني.

٨ - مرحلة التبع :

وتهدف هذه المرحلة إلى تتبع المعوق، ومتابعة نشاطه في عمله الجديد للتأكد من تكيفه واستقراره، وذلك عن طريق دراسة درجة تكيفه مع العمل، وفي علاقاته الإجتماعية مع زملائه في مجال العمل، والتعرف على المشكلات التي قد تعترضه في مجال عمله، وفي أسرته، أو ييشته المحلية عند بدء ظهورها، حيث أنه في بعض الحالات يجد المعوق بعض الصعوبات في القيام بالعمل المدرب عليه فينتابه الإحباط أو قد تسوء علاقاته بصاحب العمل، أو قد لا يكون الأجر مجزياً أو يكون العمل مجهداً ولذلك فإن وجود الأخصائي الإجتماعي إلى جانب المعوق في هذه المرحلة يساعده في التغلب على مشكلاته أولاً بأول.

ومن ذلك يتضح أن عملية التأهيل المهني للمعوقين، عملية ديناميكية متخصصة تتضافر فيها جهود الطبيب، وأخصائي العلاج الطبيعي، وأخصائي التدريب، والأخصائي الإجتماعي، والأخصائي المهني بصورة متكاملة ومتناسقة يعملون معاً بروح الفريق، ومحور العمل هو المعوق نفسه، والذي لا بد وأن يشترك في كل خطوات التأهيل، تحقيقاً لمبدأ ديمقراطية التأهيل، واضعين في الاعتبار أنها عملية مستمرة. تبدأ مع الفرد منذ إنتهاء المرحلة العلاجية، وثبوت الإعاقه حتى عودته إلى المجتمع مرة أخرى، عضواً بناءاً، يستطيع أن يعيش حياته معتمداً على ذاته دون معاناة.

وبذلك تصطبغ فلسفة التأهيل بطابع إقتصادي وإجتماعي شامل، وهي ما تهدف إليه جهود التنمية الشاملة، لتحقيق رفاهية الفرد من جانب، ورفاهية المجتمع من جانب آخر (١٨).

مراجع الفصل الثامن

- ١ - عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩، ص ٣٠٩ - ٣١١.
- ٢ - محمد مصطفى، الخدمة الاجتماعية في مجال رعاية المعوقين، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٧، ص ٢٦٥.
- ٣ - عطيات ناشد، وآخرون، المرجع السابق، ص ٢٩٧ - ٣٠٠.
- ٤ - عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد، مرجع سابق، ص ٢٧٥ - ٢٧٨.
- ٥ - إقبال بشير، سلوى عثمان الصديقي، محاضرات في الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيلية، للمكتب التجاري الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٨، ص ١٧٣.
- ٦ - إبراهيم عبد الهادي محمد المليجي، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الاجتماعية، مكتبة المعارف الحديثة، الإسكندرية، بدون سنة نشر، ص ٣٥٣ - ٣٥٤.
- ٧ - عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد، مرجع سابق، ص ٢٨٠ - ٢٨١.
- ٨ - عبد الله عبد الرحمن، سياسات الرعاية الاجتماعية للمعوقين في المجتمعات النامية، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦، ص ١٥٣.
- ٩ - عبد الهادي محمود صالح، الممارسات المهنية في المجال الطبي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٨، ص ١٩٣.
- ١٠ - عبد الفتاح عثمان، علي الدين السيد، مرجع سابق، ص ٢٨١ - ٢٨٢.
- ١١ - محمد سيد فهمي، السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، للمكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٣، ص ١١٨.
- ١٢ - عبد الله عبد الرحمن، مرجع سابق، ص ١٠٩ - ١٦١.
- ١٣ - عبد الهادي محمود صالح، مرجع سابق، ص ٢٨٠ - ٢٨١.
- ١٤ - رمضان محمد القلاني، سيكولوجية الإعاقة، الجامعة المفتوحة، ١٩٩٣، ص ٦٦ - ٧١.

- ١ - عبد المحيى محمود صالح، مرجع سابق، ص ٢٨٤.
- ١' - إسماعيل شرف، تأهيل المموقين، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٢، ص ص ٣٣ - ٣٦.
- ١' - إسماعيل شرف، المرجع السابق، ص ص ٢٥ - ٢٨.
- ١ - وحول خطوات التأهيل المؤنى انظر كل من :
 - محمود حسن محمد، مقدمة الرعاية الإجتماعية ، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٩، ص ٦٨٥.
 - إبراهيم عبد الهادى المليجى، الرعاية الطبية والتأهيلية من منظور الخدمة الإجتماعية، للرجع السابق، ص ص ٣٧٤ - ٣٨٣.
 - إقبال بشير وآخرون، الخدمة الإجتماعية فى المجال الطبى والتأهيلي، المكتب الجامعى الحديث، ١٩٨٩، ص ص ٢٦١ - ٢٦٤.

الفصل التاسع

الخدمة الإجتماعية وتأهيل المعوقين

تقديم

- مفهوم الخدمة الإجتماعية للمعوقين.
 - وظائف الخدمة الإجتماعية في مجال الإعاقة.
 - دور خدمة الفرد مع المعوقين.
 - دور خدمة الجماعة مع المعوقين.
 - دور تنظيم المجتمع مع المعوقين.
- المراجع.

ومن بين الملامح المميزة لبرامج الرعاية الاجتماعية التي تقدم من خلال المؤسسات والهيئات المختلفة، أنها تقدم عن طريق متخصصين، ولاتكاد تخلو مؤسسة من المؤسسات الاجتماعية من وجود ممارس (أخصائي اجتماعي) أو أكثر تسند إليه مسئولية العمل المهني المتخصص، والممارس المهني هو الأخصائي الاجتماعي المؤهل علمياً ونظرياً في المعاهد أو المدارس المتخصصة لتعليم الأخصائيين الذين يمكن أن نطلق عليهم اسم Social Workers Professional تمييزاً لهم عن غيرهم من العاملين في ميادين الرعاية الاجتماعية من متخصصين في علم النفس والإجتماع والتربية ... إلخ.

ويستخدم الممارس المهني في الخدمة الاجتماعية القواعد المعرفية التي حصل عليها أثناء إعداده وتدريبه، كما يستخدم المهارات وأساليب العمل الملائمة مع العملاء من خلال إعداده المهني. ويعتمد في عمله على مجموعة من القواعد والمبادئ التي ترتبط في جزء منها بالممارسة وفي الجزء الآخر بقيم المهنة وأخلاقياتها، ويستخدم ذلك كله لفهم العملاء ومشكلاتهم وإشباع حاجاتهم^(٣).

مستويات الممارسة المهنية في مجالات الإعاقات :

يمثل المستوى المهني علامات للإرشاد، ترسم بدقة مايمكن قبوله مهنياً فهي ترسم أقل مستوى مطلوب للممارسة المهنية.

ويحدد محتوى الممارسة من خلال جوهرها، بينما تتحدد عمليات الممارسة من خلال فعل الممارسة ذاتها، فالمحتوى في ممارسة الخدمة الاجتماعية يشمل مادة الحالة التي تقدم فهمها لهذه الحالة وفكرة عن الأفعال المناسبة التي يجب أن يقوم بها الأخصائي الاجتماعي. وتمثل الجوانب النفسية الاجتماعية أو الشخص في موقف - أنواع المحتوى الذي تتركز حنوله لدخالات الأخصائي الاجتماعي. بينما عمليات الممارسة في الخدمة الاجتماعية تشير إلى كيفية تأدية الممارسين لعملهم الفعلي. ومن الناحية المثالية، تشتق هذه العمليات من خلال المعرفة بالحالة والتفاعل مع محتواها.

ويشير «بين وهوليت» Pein and White إن الممارسة تتم من خلال التعاون بين اليد اليمنى واليد اليسرى ويقصد بهما المحتوى والعملية.

ويمكن تحديد مستويات الممارسة المهنية مع المعوقين في خمسة مستويات كالآتي :

- المستوى الأول : وهو يشير إلى أنه يجب أن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي خلفية معرفية عن الأنواع المختلفة للإعاقة، وتشمل هذه الخلفية معرفة بعلم أسباب وأنواع الإعاقة ونظريات النمو والتطوير، وفهمها لديناميات الأسرة وأنواع الدعم المطلوبة لإنشاء وظيفة الممبل ومعلومات عن إمكانيات وقدرات المعوق.

- المستوى الثاني : يجب أن يستند الإخصائيون الاجتماعيون في عملهم على مجموعة من المبادئ العامة والتي تتعلق بالإعاقات المختلفة، وتشمل الإهتمام بتقديم العون والمساعدة لكل معوق والمحافظة على إمكانياته وقدراته الخاصة.

— المستوى الثالث : وهو يشير إلى إتجاه الإخصائيين الاجتماعيين نحو إجراء البحوث والتجارب المختلفة والتي تحد وتقلل من حدوث الإعاقة. وهو ما يمثل المستوى الوقائي في ممارسة الخدمة الاجتماعية.

- المستوى الرابع : يجب أن يمثل الأخصائيون الاجتماعيون كأعضاء في فريق متضامن مع أخصائيين مختلفين من العلوم الأخرى لمواجهة الاحتياجات المختلفة للمعوقين.

- المستوى الخامس : وهو يشير إلى دور الإخصائي الاجتماعي في التعرف على برامج الرعاية الصحية والخدمات القائمة بالمجتمع المحلي والتي تقدم للمعوقين والمساهمة في التخطيط لما يمكن تقديمه لهم.

وهناك مجموعة من الأسس التي يستند عليها الأخصائي الاجتماعي في عمله مع المعوقين :

١ - يجب أن يدرك أنه كما أن للناس حاجات إنسانية مشتركة، فإنه لكل فرد فرديته وحاجته الخاصة، ولذلك عليه معرفة أن لكل فرد مشكلاته الخاصة وأن هذه المشكلات ليست وفقاً على الشخص المعوق وحده، بل أنها عامة قد يقابلها العاديون أنفسهم. وعليه ألا يتعامل مع هؤلاء بطريقة تختلف عن الطريقة التي يتعامل بها مع العاديين، وكل ما هنالك أنه ينبغي أن يتعرف على الصفات المميزة للمعوق الذي يعمل معه، وكذلك مدى إمكانياته وقدراته التي تتفق مع ظروفه الخاصة. وحيث أن مدلول الإعاقة يختلف من فرد لآخر، فإنه يجب على الأخصائي أن يتعامل مع المعوق على أساس ما يتأثر به نتيجة إعاقته وظروفه الخاصة.

٢ - يجب على الأخصائي الاجتماعي أن يقدر المستويات البدنية والصحية للمعوق الذي يعمل معه وأن يماونه وفقاً لقدراته البدنية والصحية. وذلك يتطلب منه إبتداع ألوان من النشاط التي تتلائم مع درجة إعاقته وقدرات الفرد.

٣ - ينبغي على الأخصائي الاجتماعي ضرورة الإهتمام الدائم بوالدي الفرد المعوق حتى يستطيع تعريفهم بقدرات وإستعدادات طفلهم المعوق ليصبحوا أكثر قدرة على المساهمة في تأهيلية وخدمته داخل الأسرة.

٤ - ينبغي على الأخصائي أن يكون له دور فعال في إطار الخدمات الأساسية التي تقدمها المؤسسة للمعوقين في مراحل العلاج والتدريب والتشغيل.

٥ - يجب عليه أن يصمم برامج متنوعة للمعوقين ويشجعهم على الإشتراك فيها كلما أمكن ذلك.

٦ - ينبغي عليه أن يستفيد من كافة الإمكانيات الموجودة بالبيئة المحيطة بالشخص المعوق وذلك لدعم وتطوير البرامج المقدمة له.

دور الإحصائي - كعضو في فريق العمل - مع الطفل المعوق :

يقصد بالعمل الفريقي Team Work ذلك العمل الذي يشترك فيه عدد من المهنيين ذوي التخصصات المختلفة بقصد مناقشة موضوع أو موضوعات معينة، بحيث تنصهر في وحدة واحدة تنتهي باتخاذ قرارات موحدة بشأن هذه الموضوعات التي يتفق عليها الجميع.

والعمل مع الأفراد غير العاديين يتطلب عمل الفريق والتعاون في سبلهم، وأن تكون القرارات الهامة في تاريخ الفرد، قرارات جماعية لصالحه.

ويرى المؤيدون لإتجاه عمل الفريق أن التشخيص الجيد والعلاج المناسب للأفراد غير العاديين يتطلب جهود تخصصات متعددة. فالمعلومات الجزئية التي يقدمها الأخصائيون إلى الآباء والأمهات أو إلى المربين لا تحقق التكامل بين مختلف النتائج الطبية والاجتماعية والسيكولوجية والتعليمية في كل واحد متناسق وفعال. ومن ناحية ثانية فإن المدرس أو الإحصائي أو غيرهم من المهنيين لا يستطيعون أن يأخذوا هذه التقارير المتفرقة عن المعوق ويحققوا التكامل بينهما بسهولة بحيث يترجموا مثل هذه النتائج إلى برنامج يتميز بالشمول، فالأمر يحتاج إذن إلى جهد منسق بين جميع المهنيين لتوفير أفضل البرامج ملائمة لغير العاديين.

ويسير العمل الفريقي على أسس أساسية أهمها:

- ١ - إدراك كل عضو من أعضاء الفريق لوظيفته وتخصصه إدارياً واضحاً لمسؤولية وظيفته الرئيسية.
- ٢ - إحترام كل عضو لعمل وتخصص كل من الأعضاء الآخرين.
- ٣ - إدراك كل عضو لكيفية الاستفادة من الأعضاء الآخرين.
- ٤ - إتاحة الفرصة لكل عضو لأبداء رأيه وتوضيح دوره في كل حالة فردية.
- ٥ - أن تسود بين أعضاء الفريق علاقة تعاون وتفاهم وثقة مبنية على الإحترام المتبادل.

ويمكن حصر دور الأخصائي الإجتماعي مع أعضاء الفريق في تعريفهم
بالتالي:

- مدلول الإعاقة بالنسبة للمعوق وأسرته.
- العوامل الاجتماعية والنفسية المصاحبة للإعاقة.
- توضيح إمكانيات الأسرة والبيئة للتعاون مع المعوق بما يحقق له أفضل السبل لمقابلة احتياجاته المختلفة⁽¹⁾.

أولاً : دور أخصائي خدمة الفرد مع المعوقين:

يمكن حصر مسئوليات وجهود الأخصائي الإجتماعي في مجال الإعاقة في ثلاث نواحي رئيسية هي: مسئوليات التنظيم الداخلي، ومسئوليات نحو المجتمع. ومسئوليات فنية نحو المعوقين، وسأوضح كلاً من هذه المسئوليات بإيجاز:

(أ) مسئوليات التنظيم الداخلي :

الإخصائي الإجتماعي في مجال المعوقين مسئول أمام رؤسائه من الناحيتين التأهيلية والإجتماعية على عمله الفني، وهو أيضاً مسئول عن تنظيم قسم الخدمة الاجتماعية المستشفى أو المؤسسة الطبية تنظيمياً يضمن وجود الأمكنة لمقابلة المعوقين بحيث تكفل سرية المعلومات كما يجب أن يعمل على تنظيم الأعمال الكتابية بما يسهل عملية التسجيل وحفظ سجلات المعوقين كما له الحق في إنشاء الرأي في تنظيم العمل بالعيادة، وإعداد الوسائل التي تتحكم في نظام حضور المعوق كنظام عمل المواعيد ونظام القيد والتحويل والتتبع.

(ب) مسئوليات نحو المجتمع :

وهذه المسئوليات تلخص في تنبيه المجتمع إلى وجود قسم للخدمات الإجتماعية التأهيلية لكي تحول إليه الحالات المستحقة لخدماته كما أنه على الأخصائي الإجتماعي أن يتعاون مع المصادر البيئية في المجتمع تعاوناً يكفل للمعوقين الحصول على المساعدة المحتاجين إليها والتي تمنحها هذه

المصادر.

وقد يكون من المستحسن أن يحتفظ بسجل لأسماء جميع المعوقين الذى يلجأون لقسم الخدمة الاجتماعية للحصول على خدمات عامة أو خاصة إذ أن هذا يسهل عملية متابعة المعوق، كما ييسر مهمة البحوث التى يجب أن يقوم بها قسم الخدمة الاجتماعية من أن لآخر لقياس مدى نشاطه ومعرفة نواحي القوة والضعف فى نظمه وخدماته وذلك لتعديل سياسته وإضافة أنواع جديدة من الخدمات غير الموجودة والضرورية لخدمة الحالات.

وقد يجد الإخصائى الاجتماعى الطبى أن من واجبه تزويد جماعات المعوقين بألوان من الثقافة الخاصة التى ترتبط بإعاقاتهم، ويمكنه أداء هذا الواجب عن طريق محاضرات تنظم لجميع المعوقين على أن يقوم بالقاء المحاضرات أطباء موثوق بهم كل فى مجال تخصصه وذلك لكي تكون آرائهم إستجابة وقبول فى نفوس المعوقين.

(ج) مسئوليات فنية خاصة بالمعوقين :

أما المسئوليات الفنية فهى أساس عمل الإخصائى الاجتماعى، وهو يقوم بتأدية الواجبات الأخرى لكي يهيئ لعمله الفنى فرصة الإفادة الكاملة دون أن تتعثر جهوده فى ثأيا نظام إدارى أو داخلى غير محكم ومتلخص جهود الإخصائى الاجتماعى الفنية فى تقديم خدمات فردية لمن هم فى حاجة إليها سواء كانت هذه الحاجة مادية أو بيشية أو وجدانية، كما يجب أن يعمل على إيجاد وسيلة مجدية لاكتشاف الحالات الفردية المحتاجة إلى عناية خاصة.

ويمكن حصر بعض الوظائف الفنية للإخصائى الاجتماعى الطبى فى المسئوليات الآتية:

- ١ - شرح وظيفة المؤسسة الطبية أو التأهيلية ودور كل من الفنيين فيها.
- ٢ - بحث التاريخ الخاص بالإعاقة لمساعدة الطبيب وتوجيهه فى عمليات الفحص والتشخيص ورسم خطة محكمة للعلاج.

٢ - دراسة التاريخ الإجماعي للمعوق إذا كان في حاجة إلى عون فردى أو إذا كانت هناك عقبات تعترض العلاج.

٤ - إعداد المعوق لتقبل بعض أنواع الاختبارات الطبية التي تضايقهم وتزعجهم وتثير مخاوفهم لو لم يسبقها شيء من التمهيد والشرح لطريقتها وغرضها في الفحص أو في العلاج.

٥ - تفهم المعوق حقيقة إعاقته (إذا لم تزعجه) وتوضيح معنى الإصطلاحات الطبية التي تخيفه، ومعاونته في تنفيذ الخطة العلاجية بدقة.

٦ - إكتشاف الصورة الديناميكية للحقائق والعلاقات الهامة المتعلقة بموقف المعوق والتي يمكن أن تؤثر في تشخيص المرض وعلاجه وموعد خروج المعوق من المستشفى ومتابعة رعايته خارجياً.

٧ - تحويل المعوقين وأسرهم إلى المؤسسات الاجتماعية والطبية الخارجية التي يمكنها أن تقدم لها ألوأناً من المساعدات المناسبة المرغوبة في موقفهم.

٨ - إعداد وحفظ السجلات الاجتماعية للمعوقين.

٩ - إعداد الشهادات والتقارير الطبية التي تكون ذات قيمة خاصة في تسهيل نيل المعوق وأسرته لمساعدات معينة، أو لتيسير إستراداد المعوق لوظائفه في المجتمع بعد تمام الشفاء.

١٠ - وكثيراً مايقوم الإخصائي الإجماعي بعمل أبحاث إجتماعية خاصة للمعوق في المستشفى أو المؤسسة التأهيلية التي يعمل بها حتى يمكنه تقدير مايلزمه من خدمات إضافية وحتى يدرك مدى إستفادة المعوق من قسم الخدمة الإجتماعية، وغالباً مايستعين الأطباء بالإخصائيين الإجتماعيين في إستكمال بعض البحوث الطبية بمحصر المواصل الإجتماعية الأسرية والبيئية المؤثرة في المعوق.

١١ - قد يؤدي الإخصائي الاجتماعي في مجال التأهيل واجبات أخرى مثل تدريب طلبة الخدمة الاجتماعية، وتوجيه نظر طلبة الطب إلى أهمية العوامل الوجدانية والاجتماعية والبيئية في الإعاقة مع عرض بعض الحالات التي توضح أهمية هذه العوامل.

١٢ - وعليه أيضاً أن يساعد الممرضات في فهم أهمية العوامل الوجدانية والاجتماعية في الإعاقة وكيفية التعامل مع ألوان السلوك الدائم والمؤقت التي يديها المعوق، وإذا كان للمعوق موقف شاذ يحتاج إلى معاملة من لون خاص شرح الإخصائي الموقف للممرضات المتعاملات معه وساعدهن على تقبله ورسم خطة معاملته.

١٣ - من واجبات الإخصائي تناول بيئة المعوق بالتعديل سواء كان ذلك بتعديل اتجاهات الأقارب أو بإحداث مايلزمه من عوامل خاصة، وإستغلال المولود البيئية لصالحه في فترة النقاهة وبعد تمام الشفاء كمؤسسات التشغيل.

١٤ - ومن مسؤولياته أيضاً تمييز الحالات المحتاجة التي تتبع بعد ترك مكتب التأهيل ورسم خطة التتبع الاجتماعي والتأهيلي.

دور الإخصائي في معاونة المعوق على التمييز:

وكثيراً ما يجب للمعوقين التحدث عن إعاقاتهم، وهذه فرصة يجب أن يمنحها لهم الإخصائي، كما قد يريد المعوق التحدث عن شيء من تفاصيل الإعاقة والعلاج، فيناقشه معه الإخصائي وبذلك يوفر عليه الكثير من القلق والشك، ويجب أن يحاول تحديد مدى فهم الإعاقة لحالته المرضية وشعوره نحوها، وهل يعرف معنى التوصيات العلاجية وما شعوره إزاء هذه التوصيات؟ أيضاً يجب أن يعرف إذا كان في مقدوره تنفيذ الخطة العلاجية أم لا.

● مساعدة المعوق في اتخاذ قرار:

وليبدأ الأخصائي من نقطة اهتمام المعوق سواء كان موضوع الاهتمام جسماً أو عقلياً أو وجدانياً أو اقتصادياً أو اجتماعياً، ويحاول أن يفهم الموقف المحيط به، كما يحاول فهمه كشخص، ويحاول قياس آثار الإعاقة في

شخصيته وفي حياته اليومية وإذا كان هناك احتمالات لحل الموقف المرضي يساعد المعوق في أخذ قرار بعد أن يتناقشا معاً مناقشة مستفيضة عن كل احتمال على حدة، على أن تبرز هذه المناقشة النقط التي كان المعوق يجهلها أو يريد بعض التفسير لها. أما إذا كان هناك حل واحد فيعاون الأخصائي المعوق على قبوله، على أن يكون هذا القبول بسرعة المعوق وبطريقته الخاصة.

وقد يضطرب الأخصائي إلى تأخير البت في أمر العلاج إذا كان لدى المعوق بعض أنواع الصراع التي تعترض إتخاذ قرار سريع، على شرط ألا يكون هناك ضرر لهذه التأخير.

وفي هذه الحالة يتحتم أن يساعد الأخصائي المعوق في التخفيف من بعض الضغوط الوجدانية، ويعطيه الفرصة لأن يعبر عن بعض ما يعتلج في نفسه من وجدانات ومخاوف تعوق حركة تفكيره في الإتجاه المرغوب.

ولأجل أن يساعد المعوق في أخذ قرار في صالحه يتردد في أخذه، أو قبول علاج كان قد رفضه من قبل: أو في إعانته على التكيف مع المجتمع بعد زوال مرضه، وفي حدود ما تخلف عنه من عجز، لا بد من أن يتفد إلى الأسباب التي تدفع العميل إلى مقاومة عمليات التأهيل والعلاج ومن أهم هذه الأسباب:

أسباب مقاومة العلاج:

- ويمكن تمييز أربع نواحي رئيسية تكمن فيها أسباب مقاومة التأهيل .
- وعدم التكيف الإجتماعي، وهذه النواحي هي:
- أ - شخصية المعوق وما فيها من عوامل وجدانية.
- ب - الناحية الاقتصادية.
- ج - العلاقات الإجتماعية.
- د - البيئة

(أ) الأسباب الشخصية والوجدانية:

كثيراً ما يكون تلكؤ المعوق في السعي إلى العلاج أو عدم الاهتمام

بتنفيذ التوصيات العلاجية أو رفض العلاج راجعاً إلى أسباب وجدانية، أسوق أمثلة لها فيما يلي:

١ - الخوف الصريح من الموت.

٢ - قد يكون لدى المموق شك في قيمة العلاج الطبي، وفي هذه الحالة لا بد من قياس مقدار ثقته في مهنة الطب أو المستشفى أو الطبيب الذي قام بفحصه، وعين طريقة العلاج. كما يتجاهل بعض الناس الأعراض المرضية ولا يتقدمون لملاجها، بل يفخرون أنها يعانون أعراضاً مرضية لا يهتمون بها.

٣ - ويرفض بعض المموقين دخول المستشفى لإرتباطها ببعض التجارب المؤلمة في حياتهم، كارتباطها بموت عزيز أو تجربة فاشلة، كما ترتبط المستشفيات في أذهان المموقين بأفكار مزعجة كالأسباح والأرواح والموت، وما إلى ذلك. ويجب أن يتناول الأخصائي مع المموق هذه الأسباب، ويحاول أن يمنحه الفرصة الكافية للتعبير عنها وعما يرتبط بها من ذكريات مؤلمة، وأفكار مزعجة، والعمل على إزالة مخاوفه وبث الإطمئنان في نفسه.

٤ - وقد تكون هناك مخاوف لا شعورية بسبب تجارب مريرة كبنت في الصغر، كتخويف الأطفال بالأطباء والجراحة والبت، وما إلى ذلك. وقد يتطلب الأمر إحالة المموق إلى طبيب نفسى لمعاونته على إتخاذ قرار بعد فهم حقيقة المادة المكبوتة فى اللاشعور.

٥ - وقد يتردد المموق فى قبول العلاج الداخلى خوفاً من أن تطول إقامته فى المستشفى وتتوقف خطته فى الحياة. وهنا يجب أن يناقش الأخصائى مع المموق الفوائد الصحية التى يجنيها من العلاج بالمستشفى، ويوضح له مدى احتمال نجاح طريقته فى الحياة دون علاج، وبذلك يسهل على المريض المموق إختيار الأصلح دون تردد.

٦ - وأحياناً يكون السبب فى تردد المموق فى تنفيذ العلاج قلة ثقته فى نفسه وعدم وجود سند يركز إليه فى إتخاذ مثل هذا القرار، ولذا فتعزيد

الأخصائي له وتسجيده على إتخاذ الخطة العلاجية قد يكون كافياً لإقناعه بالسير في الاتجاه المطلوب.

٧ - وفي حالات غير نادرة يكون مبعث إعراض الموق عن العلاج إيمانه بوسائل العلاج الأخرى كالوصفات البلدية والزار والسحر.

٨ - وكثيراً ما يتهيب الموقين المستشفيات والعيادات، ويكرهون مميزاتها من ممرات طويلة، وسكون رهيب، ورائحة مطهرات خاصة، ومنظر آلات غريبة، وفكرة التخدير والنماء والموت والمشرحة، وما إلى ذلك مما يرتبط بالمستشفيات من مناظر وأفكار، ولذا فملاحظة طريقة فهم الموق لهذه المؤسسات الطبية وإعائته على التعبير عما يخيفه منها، وشرح وتفسير ضرورة هذه المظاهر مع تبسيطها قد يساعده في التخلص من هذا التهاب.

٩ - وقد يرفض الموق العلاج لأنه يخشى إحداث تغيير لا يطمئن إليه سواء في معيشته الداخلية، أو في عمله، فيخشى التعامل مع أشخاص لم يألفهم من قبل، كما يتهيب الإنقطاع عن العمل لمجرد أنه إعتاد عليه فأصبح جزءاً من حياته لا يمكنه الإستغناء عنه. ولا بد من تبصيره بحقيقة الإعاقة وتطوره، وتأثر قدرته على العمل لو أهمل العلاج أو تأخر العلاج الداخلى بالمستشفى.

١٠ - وللجراحة مخاوف خاصة، فقد يخشى الموق التخدير، لأن معناه الوقوف عن النشاط الإرادى والخضوع لإرادة الغير يفعل به ما يشاء، بينما فى حالة غير واعية. وقد يخشى أن يهذى أو يتصرف تصرفاً لا يرضاه أثناء غيابه عن وعيه.

١١ - والبنج والتخدير ارتباط بالموت، إذ كثيراً ما يسمع الموقين أن المريض فلان قد مات «تحت البنج»، ومعنى هذا أن التخدير قد يكون نهاية للحياة، أى الموت. ولذا فيقاومه الموق بقوة، ويقاوم العلاج الجراحى لهذا السبب، ويمكن فى مثل هذه الحالات أن يفهم أن ما يعلق بهذه لا يحدث إلا فى حالات نادرة، ثم يؤكد له الأخصائى وجود الهيئة الكافية من الفنيين أثناء العملية الجراحية.

١٢ - غالباً ما يتهيب المعوق الجور المجهول المنساق إليه، وقد يتوهم أن هناك مفاجآت غير سارة في طيات الغيب كحدوث عاهات أو مضاعفات تسبب له ألواناً من العجز الدائم الذى يشقى بسببه فى الحياة، وفى هذه الحالة لا بد من مصارحته بحقيقة إعاقته ومصيره لو أهمل العلاج، وإحتمال ما قد ينتج عنه من عجز بعد العملية ووسائل الخدمة الاجتماعية فى التغلب على هذا العجز.

١٣ - وللعلاج المجانى موقف خاص، إذ كثيراً ما يتصور المعوق الإهمال المقصود نحوه، كما قد يخشى أن يكون موضع تجارب طلبة الطب وتمريضهم:

١٤ - وكثيراً ما يهاب المعوق سواء معاملة هيئة التمريض، كما يتوقعون رداءة التغذية والجوع وعدم قدرتهم على التصرف بحرية.

١٥ - وتحدث مقاومة المعوق للعلاج بسبب الخوف من البتر أو التشويه أو الموت، وذلك لإرتباط الإعاقة بالموت، أو عدم إدراك حقيقة الإعاقة، أو لتذكر نتائج عمليات جراحية غير موفقية، أو لمغالاة المعوق فى تصور علته، ونتيجة العلاج.

ولا بد من العمل على إزالة هذه الأوهام والمخاوف غير الطبيعية بعد التعرف عليها.

١٦ - ومن ضمن الأسباب الشخصية الخوف من التعطل عن العمل، وأن يصبح المعوق عالة على غيره، كما يتوقع فقدان مركزه فى الأسرة نتيجة للعجز، فيتردد فى الخضوع للعلاج الجراحى:

١٧ - وهناك بعض المخاوف التى تتعلق بفكرة الدم والنزف والأسلحة، وهذه أيضاً لا بد من التهوين من شأنها، وتفهم المريض أنها أدوات للإصلاح، لا أدوات للفتك والهلاك.

١٨ - وقد يتوقع المعوق آلاماً مبرحة لأنه يحس الإعاقة عقاب إلهى عما اقترفه فى حياته من آثام، وتكون شدة شعوره بالذنب مما يجسم له ما سيتعرض له، أو ما سيعانيه من آلام ونتائج.

١٩ - كذلك يخشى المعوق الضعف والعجز أثناء العلاج، ويتألم لإثارة إشفاق الناس أو شماتة الحاسدين والأعداء، ولذا فيفضل الاحتفاظ ببعته على أن يتعرض لهذه التجارب المريرة.

وعلاوة على ذلك فإن فكرة الجراحة وحدها قد تبعث الخوف في نفوس المعوقين وتوحى إليهم بأنهم يعانون مرضاً ويلاً أخفيت عنهم حقيقة.

وهناك طائفة من المشاكل والظواهر الاجتماعية والنفسية التي تصاحب الإعاقة أو تحدث نتيجة له، وتضعف من قدرة المعوق أو الناقية على التلازم الاجتماعي واستعادة وظائفه الإيجابية في الحياة، أذكر منها ما يلي:

١ - انقطاع الدخل أو نقصه مع شدة الحاجة إليه نظراً لارتفاع ميزانية الأسرة بسبب الإعاقة وشراء الأدوية والأغذية الخاصة، يعيش المريض ويشعر فيه شتى ألوان القلق والضييق والكرب، وقد يشعر أنه أصبح عبئاً ثقيلاً على ميزانية الأسرة، يعتريه شعور بالذنب، وينطوى على نفس قلقة مضطربة، وقد تعرقل هذه المشاعر إتمام النقاهة أو سرعة الشفاء.

٢ - تقيد حركة المعوق ونشاطه قد يوحى إليه بأنه أصبح عاجزاً هالِكاً، وقد تؤثر هذه الأفكار في نفسه، ويحس بنقص شديد فيزداد عجزه، ويمل الحياة، وما يزيد من تعاسة الناقية أو العاهة عدم وجود الفرص الكافية للعمل الخفيف الذي يشير به الأطباء في بعض الحالات، فتتراكم الهموم على رأس المعوق، وقد تدفعه عوامل اليأس من حالته إلى الانتحار.

٣ - كثيراً ما يهتز موقف المعوق بأسرته، وتتأثر علاقته بأصدقائه، فيتتابه الكثير من الحزن والأسى، كما في حالات الشلل والعمى وما إلى ذلك.

٤ - وفي بعض الإعاقات يزداد اعتماد المعوق على أهله، فيشعر بأنه يرهقهم ويسبب لهم متاعق لا ضرورة لها، وقد يحس بأنه غير مرغوب فيه، وأن رعايته تتعارض مع خططهم الترفيهية وإستخدام وقتهم بحرية وهذا الإحساس يضايقه ويؤلمه.

٥ - وفي الحالات التي تضطر فيها النساء للخروج إلى العمل بسبب إعاقة المائل يحز هذا في نفس المعوق، وقد يرثي لحاله ويحتقر نفسه ويحس بأنه تسبب في أوضاع لم يكن يستسيغها من قبل تحت ضغط الحاجة المادية، ولذا فيشعر بشئ من الذلة والنقص ويحتاج إلى الكثير من المعونة لينظر لعملهن نظرة قبول ورضا.

٦ - وقد تضطر الأسرة لطلب المساعدات المالية لعدم وجود إمكانيات داخلية يمكن استغلالها كأن تكون الزوجة أم لعدد كبير من الأطفال الصغار، فيشعر المعوق بما يصاحب طلب الإعانة المالية من الذل والعار والفشل في القيام بدوره كمائل للأسرة.

٧ - وكثيراً ما يخشى المعوق أن يكون مصدراً للعدوى وسط من يحبهم ولذا فيعتربه شعور بالخوف والذنب.

٨ - وكما يتهيب المعوق دخول المستشفى، قد يتهيب البعض الخروج منها إذا كانوا قد اطمأنوا إلى حسن رعايتها ووثقوا فيها ثقة كبيرة وقدروا فيها الدقة والنظام، وهم يهابون مغادرتها خوفاً من عدم توفر ما يحتاجون إليه في بيئتهم الخارجية أو لعدم وجود من يفهمهم الفهم الكافي.

٩ - وإذا نتج عن الإعاقة عامة أصبح الفرد يعاني مشاكل نفسية خاصة تدور كلها حول الشعور بالنقص للعجز المتخلف، وتتوقف المشاعر النفسية كماً ونوعاً على نوع العجز أو العاهة ومدى إدراك الشخص له ومعناه عنده وشدة شعوره بما يفرضه عليه من حدود وقيود، وإحساسه بما يواجهه به المجتمع من نظرات، وعلى هذا الأساس تتبلور الآثار النفسية للمرض وتتكون الدوافع السلوكية المعينة الخاصة بنوع شخصية المعوق وتفاعلها مع العجز والعاهة، فقد يكون ذور العاهات ضعفاء يائسين، أو رؤساء حاقدين أو قد يكونوا أقرباء معتدين ينقمون على المجتمع ويتحينون الفرص للإقتصاص منه وإيقاع الضرر به، وقد تتجه دوافعهم النفسية إيجاباً فيفكرون تفكيراً فعالاً فيما يموضهم عن نقصهم من شئ وسائل العمل وفرص التقدم والطموح، وقد ينتجون على مستوى عال في حدود عجزهم، فمن فقد رجله قد يصبر أعجوبة عصره في إستخدام

الآلة الكاتبة، ومن فقد بصره قد يصبح كاتباً فذاً، ومن أصيب بشلل الأطفال ومضاعفاته قد يصبح عالماً عبقرياً مرموقاً، وهكذا يخلق العجز ما تبقى للفرد من إمكانيات فرصاً مواتية للتمويض والإنتاج المثمر الممتاز.

(ب) النواحي الاقتصادية للإعاقة:

وقد تكون العوامل الاقتصادية هي التي تدفع المعوق لمقاومة الخطوة العلاجية أو التي تتسبب في عدم تمكنه من التلاؤم السريع أثناء النقاهة وبعد الشفاء. ويمكن تمييز طائفة من الأسباب الاقتصادية المعطلة للشفاء والتلاؤم ومنها:

١ - لإرتفاع تكاليف العلاج الطبي يؤثر على ميزانية الأسرة تأثيراً سلباً فلا تحتسب الإستمرار في تحمل هذه التكاليف وهذا مما يضطرب له العلاج.

٢ - قد يطول العلاج الطبي وتواصل الأسرة دفع تكاليفه الباهظة مما قد يؤثر على مدخراتها وعلى خطط أعضائها في الحياة من تعليم وزواج وما إلى ذلك، وقد تضطر الأسرة في بعض الأحيان إلى بيع بعض أو كل ممتلكاتها وإلى الإستدانة مما يمرضها لألوان من الضغوط الاقتصادية التي تخفض مستواها المعيشي.

٣ - وفي الحالات التي يكون فيها المعوق هو المعقل الوحيد للأسرة يخشى إنقطاع الدخل إذا استسلم للعلاج ويخاف أن تجوع أسرته مدة علاجه ولذا فيضحي بنفسه إبقاءً على أسرته، وفي هذه الحالات يجب تدبير أموره المالية تبعاً لإمكانياته وظروفه الاجتماعية كأن تحول أسرته إلى مؤسسة لخدمة الأسرة لتيسير أمور معيشتها أثناء المدة التي يحتاجها لإتمام العلاج.

٤ - ومن النتائج السيئة التي تترتب على إنخفاض المستوى الاقتصادي للأسرة إنقطاع الأبناء عن التعليم ليصبحوا مصدر دخل للأسرة يعرضها الخسائر التي حدثت بسبب الإعاقة أحد أعضائها. وقد تخرج الأم لتعمل مضحية بدورها الهام نحو أطفالها وذلك لتسد بعض النقص

الناج عن مرض رب الأسرة.

- ٥ - وفي حالات غير قليلة ينقطع الموق عن التردد على المؤسسة التأهيلية لإستكمال العلاج بسبب عدم تمكنه من دفع تكاليف المواصلات. وفي هذه الحالات يجب البحث عن أقرب عيادة دكتور للمنزل وتحويله إليها، وفي حالة عدم وجود عيادات قريبة لمنزله يحاول الأخصائي الإجتماعي مساعدته من أى طريق ممكن.
- ٦ - يأبى الكثيرون إستغلال العلاج المجاني لخوفهم من نتائجه ولعدم ثقتهم فيه، وهم فى نفس الوقت غير قادرين على تحمل نفقات العلاج الخاص. فيضطرون إلى الإحتفاظ بهاتهم الذى ينمو ويتضاعف بمرور الوقت وقد يستمضى على العلاج فيما بعد.
- ٧ - قد يغادر الموق المستشفى متعجلاً قبل إتمام الشفاء وذلك ليعمل ويعول أسرته، ويتعرض لذلك لنقص العلاج وللإرهاق فى نفس الوقت وللإلتكاس فى كثير من الحالات.
- ٨ - يصف الطبيب فى بعض الحالات نظاماً معيناً للمعوقين يلتزمه دائماً أو فى فترة النقاهة، وقد يجد الموق أنه من الصعب التقيد بهذا النظام نظراً لكثرة تكاليف الطعام، فلا يتقيد به فتسوء حالته الصحية، وتتلاشى الآثار العلاجية الطبية التى كان قد وصل إليها. ومن أمثلة هذه الحالات عدم تمكن الناقه من الدرن من شراء أطعمة مرتفعة القيمة الغذائية، وعدم تمكن مريض السكر من تخصيص طعام له مخالف لطعام الأسرة. وفي هذه الحالات يجب ترتيب حياة المريض المعيشية وإعانتته مالياً إن كان هذا ضرورياً لتمكينه من تنفيذ النظام الطبي.
- ٩ - وفي حالات أخر يشور الطبيب بعدم الإجهاد والتزام الراحة، ولكن حاجة الموق الإقتصادية تدفعه إلى العمل فلا ينفذ تعليمات الطبيب وتتضاعف عنته كما يحصل لمرضى القلب والربو وغيره.
- ١٠ - وقد يشير الطبيب بالعمل نصف الوقت أو جزءاً منه، ولكن هذا يكون سبباً فى خفض دخل الأسرة مما يؤثر على حالتها فى نواح كثيرة، ولذا فيعمل الموق كل الموقت معرضاً لصحته للضرر.

١١ - وقد ينصح الطبيب بتغيير نوع العمل أو نوع السكن أو المبيشة، ولكن الضغوط الاقتصادية لا تمكن للمعوق من إحداث هذا التغيير، فيعطل الجهود العلاجية وقد لا يصل إلى تمام الشفاء.

١٢ - وحين يعمل أفراد الأسرة الآخرون للأخذ بيدها اقتصادياً، قد يتفانون في العمل ويحرمون أنفسهم الراحة ويعرضونها للضرر بسبب إرهاق العمل المتواصل لسد نفقات الأسرة أثناء علاج عائلها. وكثيراً ما أصيب أفراد في الأسرة بأمراض بسبب التعرض لمثل هذا الإرهاق.

(جـ) العلاقات الاجتماعية للمعوقين:

وقد يكون الحرص على العلاقات الاجتماعية سواء علاقات أسرية أو خارجية، باعثاً على الإحتفاظ بالإعاقة أو عدم إستكمال العلاج أو عدم التلاؤم البيئي ويستحسن أن أشير إلى أمثلة من هذه المواقف فيما يلي:

١ - قد يخشى الزوج أو رب الأسرة - إن هو إتجأ إلى العلاج الداخلي - أن يبعد عن أسرته فلا تجد من يحميها أو يهتم بأمورها ويرعاها. وقد تستبد به الغيرة فلا يقبل أن يترك زوجته نهياً للظروف ويبعد عنها. وما يحدث بالنسبة للزوج قد يحدث بالنسبة للزوجة المعوقة. إذ قد تتحجم عن العلاج الداخلي خشية أن يجذب الزوج إلى بعض الجارات أو الأقارب أو ينطلق وراء المغريات الخارجية دون وجود رقيب أو حسيب.

٢ - وكثيراً ما تحفظ الأم بعلمتها لأنها تخشى على أطفالها من أن يتعرضوا للخطر في غيابها، أو أن تضطرب رعايتهم مدة مرضها. ولذا فلا تأمن أحداً عليهم وتزهد في العلاج لحرصها الشديد على مصلحة الأطفال ووجود علاقتها بهم كأم دائماً.

٣ - وكثيراً ما تتوقع الأم أو الزوج أو الزوجة الموت أثناء العلاج (خصوصاً الجراحي) وتختلف مركزها خالياً في الأسرة فيتعرض أفرادها لمواقف سيئة بسبب إنهيار علاقتهم بها، ولذا فتنفضل أن توجد في أسرتها مريضة على أن يخلو دورها الهام في الأسرة.

٤ - وقد يكون الشخص فى حاجة إلى علاج من نوع لا يريد من حوله الإطلاع عليه، ولذا فيقامو الوسائل العلاجية التى لا بد وأن يعلم بها الناس، كما فى حالات مرضى السل والقلب والأمراض السرية الذين يخشون على علاقاتهم الإجتماعية بمن حولهم أن تأثر إذا ما اكتشفوا حقيقة مرضهم (ومن أمثلة ذلك مريض بالقلب أو السل يحاول أن يحجب هذه الحقائق عن خطيبته وأهلها).

٥ - ويتهيب المعوق انقطاع صلته بأصدقائه وبالمجتمعات التى يحب أن يترادها كالنادى والسينما والمسرح وما إلى ذلك، فلا يقبل الخضوع للعلاج. وكذلك يغفل الطلبة أمراضهم لعدم قدرتهم على تحمل نتائج الإنقطاع عن الدراسة مدة طويلة.

٦ - وينفر بعض الناس من حياة العزلة المفروضة عليهم بالمستشفى ويكرهون لهذا السبب العلاج الداخلى الذى قد يكون الوسيلة الوحيدة للعلاج الصحيح.

٧ - كما يرفض بعض المعوقين أن يتغير أساس علاقاتهم بالناس، فبعد أن كان أساسها تبادل الود والصداقة، يصبح أساسها الإشفاق والمساعدة، ويصبح المعوق بدوره متقبلاً لإشفاق الغير متكبلاً ومعتمداً عليهم فى جلب ما يريد، ولذا فيأبى أن يحول علاقاته الإجتماعية النشطة إلى طور سلبى خامل، ويرفض دخول المستشفى مفضلاً الإحتفاظ بالعاهة على تغيير أساس علاقاته الإجتماعية وشعوره نحوها.

٨ - وقد تتأثر علاقات المعوق فى الأسرة والمجتمع نتيجة لإعاقة، فتتهار بعض الروابط الأسرية، كما يحصل فى الطلاق والهجر والإنفصال بسبب المرض المعدى أو المزمن الذى يبعث الخوف أو السأم فى نفس الزوج أو الزوجة أو الذى يتخلف عنه عاهة يعز على أى منهما تقبلها فى الطرف الآخر.

١٠ - وقد تكون الإعاقة نقطة تحول في العلاقات والروابط الأسرية حسب نوع المعاملة التي يعامل بها المعوق، فإن كان المعوق زوجاً أهمته زوجته أثناء العلاج فقد يضمحل لها العداء، وقد تتأثر علاقته بها بذلك العداء الذي شحن به فترة الإعاقة أما إن عطلت عليه وأهملت شأنه ونفاته في خدمته، فقد يغير رأيه فيها ويحس بقيمتها وأهميتها وجودها في حياته، ويزيد اعتنازه بها عن ذي قبل، وما ينطبق على الزوج والزوجة ينطبق على الأفراد الآخرين.

١١ - وقد تضيق الزوجة بشغل خدمة زوجها المعوق خصوصاً إن كان مؤس من شغاله، فتسعى للانفصال عنه، وما يحصل للزوجة قد يحدث للزوج إذ ينهي علاقته بزوجته إذا ما ضاق بهايتها.

١٢ - وكما تمل الزوجة زوجها قد يمل الأبناء أبائهم ويحسون بأنه عبء على مجهودهم وإمكاناتهم ويزيد من ثقل هذا العبء عدم قيام الأب بالتزاماته نحو أبنائه، وكثيراً ما يعبرون عن ذلك بفرض رغباتهم وآرائهم عليه مما يجعله يحس بأنهم مركز السلطة في علاقته بأبنائه، وقد يضل الأطفال وينحرف سلوكهم لضعف السلطة الوالدية.

ويسبى بعض الأفراد استخدام الموقف المرضى ليخضع من حوله لأنواع من العلاقات السيقة من جانبهم مستغلاً عطفهم واهتمامهم، وهذا كثير الحدوث في ضعاف الشخصية والأطفال أما أقوياء الشخصية من المرضى والمعاقين فتادراً أن تتأثر علاقاتهم بالموقف المرضى بل تظل قوية متينة كما كانت من قبل.

(د) الأسباب الكامنة في بيئة المعوق:

وتنطوى بعض البيئات على أسباب قوية مضادة للسير بالعلاج في الاتجاه السليم، ومعطلة لاسترجاع المعوق لنشاطه الاجتماعي بعد الشفاء، ويمكننا أن ندرك هذه الحقيقة لو اطلعنا على عينة من هذه الأسباب وهي :

١ - كثيراً ما تهون بعض الأوساط من شأن الإعاقة ويحاولون علاجه بوصفات إجتهادية بسيطة كالأسبرين أو الحديد والزنك أو دواء شفى بسببه صديق أو قريب.

- ٢ - ونظرة المجتمع إلى بعض المآلات نظرة عار وسخرية قد تدفع المعوق إلى الإحتفاظ بملتهم خوفاً من إعلان حقيقة إعاقاتهم.
- ٣ - والسمة السيئة للعلاج ببعض المستشفيات والعيادات الحكومية قد تثبط من عزيمته المعوقين وتمنعهم من السعى إليها للحصول على العلاج المناسب.
- ٤ - تفضل كثير من الأسر استخدام العقاقير والأدوية البلدية لوجود رعاية واسعة عنها في الأوساط التي يعيشون فيها.
- ٥ - الجهل بأعراض الإعاقة وعدم إدراك خطورة تأخير العلاج في الأسرة يدفعها إلى الإحتفاظ بالعاهة مدة أطول دون إستشارة الطبيب.
- ٦ - وكثير من الناس يؤمنون بالقدر وسلمون أمرهم لله خصوصاً في البيئات التي تغني عليها النزعات الدينية.
- ٧ - قلة الموارد الطبية المناسبة مع حاجات المعوقين الصحية، وإنعدامها في بعض البيئات كالقرى.
- ٨ - عدم وجود دور خاصة بالنقاهة.
- ٩ - نقص إمكانيات وعدد مؤسسات التأهيل المهني.
- ١٠ - قلة وجود فرص العمل المناسبة للناقهين من الإعاقة، وعدم توفر فرص العمل مما يوجد مشكلة البطالة بين الناقهين من المرض ويضخم المشكلة الاقتصادية في أسرهم.
- ١١ - عدم ملائمة وقت العيادات الخارجية مع وقت فراغ العمال، وخلو بعض الأحياء من الوسائل العلاجية مما يثني البعض عن طلب العلاج إختصاراً للمجهود الذي تتطلبه المواصلات.
- ١٢ - قلة عدد الأطباء وغيرهم من الفنيين بالقياس إلى عدد من يعاملونهم من المرضى.
- ١٣ - نقص سعة المستشفيات إلى درجة تجعل إستيعاب المرضى المحتاجين للعلاج بها متعذراً.

١٤ - نقص عدد الإخصائيين والإخصائيات الإجتماعيات في العيادات .
ومركز التأهيل المهني ومعنى هذا أن الجهود العلاجية المبذولة للمعوقين
قد تضيع هباء بسبب وجود بعض العوامل المعطلة لفائدة العلاج .
وقد تيقظ المسؤولون أخيراً إلى ضرورة وجود الإخصائي الإجتماعي
ضمن الهيئة العاملة بالمستشفى وتادوا بأهمية الدور الذي يقوم به
نحو المعوق .

دور الإخصائي الإجتماعي مع المريض :

وللإخصائي الإجتماعي دور هام في التعرف على مشاكل المريض
المختلفة وتمييزها وحصر نتائجها وآثارها السيئة لاعتبارها في عملية التفاعل
التي يجب أن تنشأ بينه وبين المعوق وأسرته والطبيب والموارد البيئية المناسبة .
ولنجاح عمل الإخصائي الإجتماعي ، لا بد من مراعاة جميع أسس .
خدمة الفرد العامة وعملياتها (الدراسة ، التشخيص ، العلاج) .

حالة تطبيقية لمقاومة إجراء الجراحة

وفيما يلي نستعرض حالة تطبيقية لمقاومة إجراء عملية جراحية ضرورية
لأحد المرضى (حالة بتر قدم) :

حول الطبيب الجراح بمستشفى الخليفة مريضاً إلى قسم الخدمة
الاجتماعية بالمستشفى وأرسل للإخصائي إشارة كتابية بأن حالة المريض سيئة
وأن عنده غنغاريتا في قدمه وأنه لا بد من بتر الرجل في خلال أسبوع وإلا
تعرض المريض لخطر محقق ، وأوصى الطبيب بتذليل العقبات التي تسبب
مقاومة المريض في إتمام العملية . وقد سجل الإخصائي مقابلته مع المريض
كما يلي :

دخل المريض متباطئاً إلى المكتب كما لو كان ينتظر الإذن له بالدخول
وهو رجل قروى يبدو في الخمسين من عمره . طلبت منه الجلوس فجلس

وهو يحاول الإلتزام فى شجاعة وثبات سألته عما حدث به الطبيب عن حالته فأجاب بأننى سأعرف ذلك بعد الكشف عليه، وأدركت أنه يظننى طبيبياً فاستفهمت عما إذا كان الطبيب قد أخبره بمهمتى فأجاب بأن الطبيب قد أرسله مع الممرض للكشف عليه هنا مرة أخرى لأخذ الرأى، وقلت له إننى لست طبيبياً ولكننى أخصائى إجتماعى كما أفهمته أن الطبيب الذى فحصه هو أكبر الجراحين الذين يعملون بالمستشفى وأن الجميع يثقون فيه، كما أخبرته أن مهمتى بالمستشفى هى أن أصل مع المرضى إلى أخذ رأى خاص يتفق وصالحهم، كما أرسم معهم خطة لإزالة الصعوبات التى تجعلهم يرفضون العلاج. وكان المريض يحاول من آن لآخر أن يتعلق ببعض كلمات ولكن لم يتم نطقها. وبعد توقفى عن الكلام أعاد سؤالى عما إذا كان لى رأى فى هذا العلاج وقلت له إن الرأى دائماً للفنيين وبما أنى لست طبيبياً فلا يمكننى إبداء رأى فى مسألة مرضية لايحسن فهمها وتشخيصها إلا الأطباء.

وهو المريض رأسه فى حيرة وأطرق مفكراً. وبعد أن شرد هنيهة قال : إنه كان يعالج فيما مضى لدى الأطباء بالأجر، ولم يشر عليه أحد منهم بمثل ما أشار به طبيب المستشفى، وأظهر مخاوفه من أن يكون العلاج المجانى لايعطى العناية الكافية وأسرعت أقول له إن المريض يمر غالباً بأطوار وتختلف إحتياجات المريض فى مرحلة عنها فى أخرى.

وهنا اندفع المريض قائلاً بحدة : « إذا ذهبت إلى طبيب خارجى ودفعت له أجراً فهل تعتقد أنه يشير على بقطع ساقى ؟ »، وأبدى شكوكه من أن المستشفى تهدف إلى التخلص من المرضى، وإجراء التجارب عليهم دون أن تعمل حساباً لأرواحهم.

فقلت له : إنه يؤسفنى أن تكون لديه هذه الفكرة، فالمرضى إنسان له إعتباره ولحياته قيمة كبيرة، سواء أكان يعالج بمصاريف أم بالجان، وطريقة العلاج فى العاليتين واحدة، وقلت : إن الكثير من المرضى الأثرياء يدفعون مبالغ طائلة لإجراء مثل هذه العملية.

ونظر إلى العميل متأملاً ومحدقاً، وقال : «إننى لم ألجأ إلى العلاج لجأنى إلا بعد أن تمت كل ما أملك وصرفته فى العلاج عند الأطباء، فأنا مريض منذ أكثر من عشر سنوات، وقد قدعت أمراضى من سكر وضغط وتصلب شرايين. وقد تأملت كثيراً ولكن ألى الآن أكثر من أى وقت مضى، لأنى خائف والموت عندى أهون من أن أعيش متسولاً بلا أمل سنين طويلة». باختفت عبارته وأحمرت عيناه كأنما تأييان أن تدمعا.

وقلت: إن شعوره هذا ليس بغريب على، فهو شعور شائع عند المرضى الذين يكتشفون فجأة أنهم فى حاجة إلى جراحة سريعة، والسرعة فى إجراء لعملية لا يقصد بها إلا إنقاذ حياة المريض. كما أن عدداً من المرضى أجريت لهم هذه العملية بحاج، وأمكن الوصول معهم إلى ترتيب أمورهم المعيشية بعد إجراء العملية، وهم يعيشون الآن سعداء.

وسألته إن كان يريد أن يفكر فى الأمر قليلاً ويقابلنى بعد ذلك لتتحدث سوياً عما يمكن عمله لصالحه، وقد وافق على ذلك ثم سلمته إلى الممرض لإعادته إلى أهله بعد أن علمت أنهم ينتظرونه فى الخارج.

ظاهر فى هذه الحالة مجموعة من مواد المقاومة التى يمكن لمس بعضها وإدراك وجود البعض الآخر وتوجد أسباب المقاومة بكافة أنواعها من وجدانية وهى الغالبة، واقتصادية وتوقع سوء العلاقات الأسرية والاجتماعية، ثم الأسباب البيئية.

ويمكن تمييز الإنفعالات التى تبعث مقاومة المريض للعلاج الجراحى فيما يأتى:

١ - مفاجأته بقرار الطبيب عن ضرورة الجراحة وبتر الساق، مما دفعه إلى عدم تصديق ما سمع، وكثيراً ما يشعر المريض فى مثل المواقف بأنه فى حلم نظراً لصعوبة تقبله للموقف المنظور فى قرار الطبيب بتر الساق وهو واقع مؤلم يحاول الإنسان الانفصال عنه قدر الإستطاعة وهو يتمنى عدم تصديقه ثم الاعتقاد فى هذا التمنى .

٢ - عدم خبرته السابقة بأطباء المستشفى وعدم ثقته فى الطبيب الذى قام

بالكشف عليه، ولعل من ضمن بواعث عدم الشفاة أنه أصدر قراراً يعارضه المريض بشدة بدليل أنه ظن الأخصائي الإجتماعي طبيباً آخر، وطبيعتي أنه كان يتوقع إلى أن يكون له رأى آخر مخالف لرأى الطبيب الأول وهو الجراحة.

٣ - كان إضطراب العميل شديداً لدرجة أنه كان يحاول أن ينطلق بالكلمات فتستعصى عليه ومعروف أن الإنفعال الشديد يعطل عمل الحواس ويشل الحركة ولو مؤقتاً.

٤ - وقد أبدى العميل مخاوفه من العلاج المجاني، ودلل على إهماله لشأن المرض بأن أحداً من الأطباء الذين كان يعالج عندهم بالأجر لم يشر عليه بمثل هذا العلاج.

٥ - وكان هناك شك أيضاً في نيات المستشفى نحو المرضى إذ صرح بأن المستشفى يتخلص منهم بإجراء التجارب عليهم دون أن تعمل لأرواحهم أى حساب.

٦ - ولعل إجراء التجارب الذى يشير إليه يرمز إلى كون المستشفى فى مجال التدريب طلبية الطب الذين كثيراً ما يشك المرضى فى مقدرتهم على الفهم الصحيح ويقاومون لذلك العلاج على أيديهم.

٧ - وقد يكون لكثرة الأمراض التى تعرض لها المريض أثر فى الإيحاء إليه بخطورة الجراحة، وخصوصاً وأن من بينها مرض السكر المشهور بأنه لا يتفق والجراحة وإن أصبحت هذه الشهرة مخالفة للواقع فقد تقدمت الجراحة ولم يعد مرض السكر يتعارض معها.

٨ - وقد عبر عن خوفه من الموت بطريقة غير مباشرة حين قال إن الموت عنه أهون من العيش متسولاً بلا أمل سنين طويلة، فهو يعقد مقارنة فى ذهنه بين أمرين عسيرين، وهما الموت والتسول بلا أمل.

٩ - وكان المريض حريصاً على عدم الكشف عن انفعالاته العنيفة بدليل ظهور كافة أعراض الإنفعال من احمرار العينين و «اختناق العبارات فى

حلقة ومقاومة البكاء، والرجل الرفي لا يبكى ولذا فإن انفعالاته تكون أعنف لأنه لا يفتح لها منافذ التصريف.

ولا شك أن هناك مخاوف مضمرة في نفسه ولم يعبر عنها، أى أنها لم تجد سبيلها إلى الخارج بعد. ولا بد أنها مخاوف من طريقة إجراء العملية والبنج، والدم، والنزف، والمعاملة فى المستشفى، والمضاعفات، والمستقبل الجهد، وما إلى ذلك مما يرتبط بمثل هذه العملية من مخاوف وشكوك.

وهناك عدة ضغوط إقتصادية تعرض لها العمل، وما زال يخشى أن تزداد سوءاً بسبب ما قد ينتج عن العملية من ألوان العجز والضعف، ويمكن أن نلمس من هذه الضغوط:

١ - استهلاك مدخرات الممبل ويحه لكل ما يملك فى سبيل الحصول على العلاج عند الأطباء الخصوصيين.

٢ - لا بد وأن المرض قد أحدث أثراً كبيراً فى قوة الممبل على العمل والإنتاج وبالتالي على الكسب.

٣ - هذا فى نفس الوقت الذى يحتاج فيه إلى المال لىتم علاجه من مرضه.

٤ - التجاهد بسبب الضغط الإقتصادى إلى العلاج المجانى الذى لا يتق فيه. والذى لا بد وأنه قد سمع عنه بعض المسائى والنقائص، خصوصاً فيما يختص بالغذاء ومعاملة المرضى.

٥ - خشيته من المستقبل، وخوفه من أن تنعدم قدرته على الكسب فيصبح عالة على غيره، أو قد يضيق الغير به فيضطر إلى التسول بعاهته، وهذا معناه فى نظره العيش بلا أمل، إذ أنه يخشى الوصول إلى حالة لا يرجى منها.

ويمكننا أن ندرك ضمناً أثر البيئة فى تزويد هذا الرجل بأفكار سيئة عن الجراحة وعن العلاج المجانى، وعن إحتمال قصور الموارد البيئية عن استكمال علاجه، فيتعرض لموقف سيء يضطره إلى التسول.

كما نلمس خوفه من سوء العلاقات مع أهله ومعارفه، حتى أنه يتصور

أنهم جميعاً سيلاحظونه ولا يهتمون بأمره عندما يصبح عالة عليهم، ولذا فسيمش متطفلاً على الحياة وبلا أمل.

والآن ننتقل إلى تصرفات الأخصائي الإجتماعى مع هذا المريض، ونركز حديثنا حول النقاط الهامة فيما يلى:

١ - من اللائق فى مثل هذه الظروف أن ينهض الأخصائى الإجتماعى لاستقبال المريض ومساعدته على الجلوس، إذ المفروض أنه يعمل مع المرضى، وكلهم محتاج إلى المعاونة والمساعدة:

٢ - كان من الواجب أن يطلب من المريض أن يستريح قليلاً، ثم يذهب لمقابلة الطبيب للإستفسار منه عن حالة المريض، وللتزود ببعض المعلومات التى تكسيه شيئاً من الرعى والبصيرة عن مرضه وتاريخه وتطوره، وما إلى ذلك مما يصح أن يكون موضع تساؤل المريض.

٣ - ومن اللازم أن يسأله إن كان يعرف شيئاً عن مهمته بالمستشفى كأخصائى إجتماعى، ثم يشرح له مهمته ودوره معه بدلاً من أن يدعه يخمن وظيفته أنه طبيب آخر سيفحصه مرة ثانية.

٤ - كان من الواضح أن المريض مشحون بالإنفعالات والوجدانات التى يحتاج إلى التخلص منها، ولكن الأخصائى لم يمنحه الفرصة للتعبير عنها، بل إنه يعترف بأن المريض كان يحاول النطق ببعض كلمات ولكن لم يتم نطقها.

٥ - حاول الأخصائى الإجتماعى أن يشرح إحتياجات المريض لأنواع مختلفة من العلاج فى مراحل المرض المختلفة، وذلك ليفسر للمريض ملائمة العلاج الجراحى فى هذه المرحلة.

٦ - كما أكد أن نوع العلاج المناسب واحد فى حالتى العلاج بالحقن. والعلاج بالمصروفات.

٧ - كذلك تقبل الأخصائى انفعالات المريض وإحساسه عن موقفه المفاجئ بأن اعترف له بأن من حقه أن يشعر كذلك، وأن هذا شعور طبيعى وشائع عن المرضى الذين يكتشفون أنهم فى حاجة إلى جراحة سريعة.

٨ - طمأن المريض إلى أن السرعة في إجراء العملية هدفها صالحي المريض.
٩ - كما أخبره أن عدداً من المرضى اجتاز العملية بنجاح، وأنه أمكن ترتيب معيشتهم على وجه يرضيهم ويسعدهم.

١٠ - وكان جميلاً من الأخصائي الاجتماعي أن يمنح العميل فرصة مناسبة لأخذ قرار بنفسه في شأن العلاج، إذ أن ذلك إعراف صريح بحقه في تقرير مصيره وطبيعي أن يشعر العميل نتيجة لذلك أنه مخير لا مسير، حتى لا يحس أنه مساق إلى حتفه بقوى خارجة عن إرادته فتزداد مقاومته لهذه القوى الخارجية ويعرض نفسه للخطر.

١١ - ويؤخذ على الأخصائي الاجتماعي عدم تحديده موعد لمقابلة المريض فيما بعد، على أن يكون ذلك قريباً، وحيناً لو كان هذا الموعد في منزله حتى لا يعرضه للإرهاق.

١٢ - وسلم العميل للمريض لإعادته إلى أهله، دون أن يصبحه إليهم بنقسه ويتصل بهم ويحدد معهم موعد للتعاون معه في شأنه.

١٣ - فمن المهم جداً في مثل هذا الموقف الإتصال بأسرة العميل ومعارفه، وليشرح لهم حقيقة المرض، ويحدثهم بصراحة عما يكتنف حالة المريض من الخطورة إن لم تجر العملية في موعدها المناسب، وبذلك يكونون أداة فعالة للتغلب على مقاومة العميل لإتخاذ قرار في صالحه. سيما وهو يعيش بينهم ويعرفون الوسيلة المجدية لإقناعه أو الأشخاص الذين يثق فيهم ويمكنهم التأثير فيه.

١٤ - وكان من المهم أيضاً أن يزيد ثقة المريض في حسن نية المستشفى نحوه وأهتمامها بشأنه، فيعرضه على طبيب آخر لأخذ رأيه في نوع العلاج المطلوب، إذ أن المألوف أن يأخذ المريض رأي أكثر من طبيب في موقف خطير كهذا، وذلك حتى يطمئن المريض إلى إهتمام الهيئة العاملة بالمستشفى بأمره، وأنهم يسعون لتمكينه من أحسن ما يمكن من وسائل العلاج^(٦).

ثانياً: دور خدمة الجماعة مع المعوقين:

لم يصبح العمل في الميدان الطبي قاصراً على الأطباء والمرضات فقط، بل أصبح للأخصائيين الاجتماعيين دور هام إلى جانب هؤلاء، لما وجد من أن للإعاقة تأثيراً على الناحية النفسية والاجتماعية للمريض، وما للناحية النفسية والاجتماعية من تأثير على المعوق.

ومن ثم فقد أصبح تدخل الأخصائي الاجتماعي ضرورة ملحة.

والأخصائي الاجتماعي في المستشفى يعمل مع الأفراد لمساعدتهم على التغلب على المشاكل المتعلقة بالإعاقة، سواء أكانت تلك المشكلات قد تسببت في إحداث الإعاقة أم كانت نتيجة للإعاقة نفسها.

ويجب أن يراعى الأخصائي الاجتماعي أثناء ممارسته لطريقة خدمة الجماعة مع المعوقين أنها تستطيع أن تحقق بعض الأهداف التي تساعد المعوق على التغلب على إعاقته والعودة إلى حياته العادية.

أهداف خدمة الجماعة مع المعوقين:

- ١ - المساعدة في التغلب على الإعاقة والتحرك نحو الشفاء.
- ٢ - تأهيل المعوق اجتماعياً حتى يعود إلى مجتمعه، وقد استعاد مقدراته على إقامة علاقات اجتماعية عادية مع الآخرين.
- ٣ - توكيد ثقة المعوق في نفسه وقدراته.
- ٤ - مساعدة المعوق على تغيير اتجاهاته إزاء الإعاقة حتى لا يستسلم لها أو يكتسب اتجاهات معينة نتيجة لمرضه تلازمه بعد شفائه.
- ٥ - مساعدة المعوق على الاحتفاظ باتجاهاته الإيجابية السليمة وعدم إختلالها نتيجة للإعاقة.
- ٦ - عدم تعطيل طاقات المعوق وإستغلالها حسب قدرته ورأى الطبيب وبقدر الإمكان.

الفوائد التي تعود على المعوق نتيجة لإنضمامه إلى جماعة المستشفى:

تعددت الفوائد التي تعود على المعوق نتيجة لإشتراكه في نشاط جماعي

تحت إشراف وتوجيه أخصائى إجتماعى فيما يلى:

١ - يكتسب المعوق شعوراً بالأمن والطمأنينة وبالثقة فى النفس وتقدير الذات نتيجة لشعوره بأنه قد تمكن من الإشتراك فى نشاط جماعى.

٢ - يتمكن المعوق من تقبل الحدود التى تسببه الإعاقة ولا يتبرم بها ولا توقعه تلك الحدود فريسة سهلة لليأس.

٣ - يتمكن المعوق من تقبل الخطط العلاجية التى توضع له وسياهم ذلك التقبل بلاشك فى نجاحها.

٤ - يساعد المعوق على التعبير عن مشاعره أثناء ممارسته للنشاط أو أثناء المناقشات بصورة سليمة مهيئة لأعصابه، وبذلك يتحرر من التوترات والضغوط.

٥ - ينمى المعوق مهاراته وقد يكتسب مهارات جديدة.

٦ - يكتسب المعوق إحساساً بالنجاح نتيجة لتحقيق الجماعة المنضم إليها لأهدافها.

٧ - يساعد المعوق على تغيير اتجاهاته حيال الأسرة والأصدقاء والمجتمع والناس.

٨ - الإحساس بالمقدرة على العودة إلى الحياة العادية.

ما يجب أن يراعيه الأخصائى الإجتماعى فى عمله مع جماعات المعوقين:

١ - الحالة الجسمية الناتجة عن الإعاقة.

٢ - تبعاً لذلك فعلى الأخصائى أن يزيد من اهتمامه بكل فرد فى الجماعة بمعنى أنه يقيم علاقاته قوية مع كل فرد من الجماعة بالإضافة إلى علاقته بالجماعة ككل.

٣ - يراعى الأخصائى بدقة أمور هامة عند تكوين جماعات المعوقين . ستحدث عنها فيما بعد . ويوجه عالم يراعى الأخصائى بدقة تجانس الجماعة المكونة من المعوقين فى بعض الخصائص بقدر إمكانه .

٤ - يدقق الأخصائي في أنواع البرامج التي تتلاءم مع الحالة الجسمية والنفسية والإجماعية للمعوقين.

٥ - يتذبذب مقدار تدخل الأخصائي مباشرة في نشاط الجماعة تبعاً للحالة العامة للأعضاء المعوقين، وللظروف المفاجئة التي قد تعترض الجماعة، فيجب أن يكون الأخصائي متيقظاً للموقف الذي يتطلب منه تدخلاً بقدر كبير، والمواقف التي لا تتطلب هذا القدر من التدخل.

٦ - للطبيب الرأي الأهم في حالة المعوق، وهو يضع الجزء الأكبر من الخطة العلاجية، فيجب على الأخصائي أن يراعي التعاون مع الطبيب والرجوع إليه عند اللزوم، وعادة يعمل الطبيب والأخصائي الإجماعية والمرضة في فريق يتعاون لصالح المعوق.

٧ - يراعي الأخصائي عدم إنقطاع المعوق تماماً عن الحياة العامة فيعمل على أن يصل المعوق بالنشاط الإجماعى خارج المستشفى بالوسائل المختلفة والتي تتفق مع قدرات المعوق وحالته الصحية.

٨ - المعوق كثيراً ما يمرض لتغيرات جسمية ونفسية مفاجئة شديدة الوقع. على الأخصائي ألا يعامل المعوق على منوال واحد بل عليه أن يلم بسرعة بكافة التغيرات المتنوعة التي يمرض لها المعوق حتى يستطيع أن يمد له يد المساعدة عن طريق النشاط الجماعى الموجه.

٩ - للمعوقين كجماعة إحتياجات خاصة، فيجب على الأخصائي أن يحاول معرفة إحتياجات الجماعة المكونة من المعوقين، خصوصاً وأن تحديد تلك الإحتياجات في كثير من الأحيان ليس بالأمر الهين السهل فكثير من تلك الإحتياجات كامنة، تحتاج إلى دراسة وتعمق لتحديدها وفهمها.

تكوين جماعات المعوقين:

إن الأخصائي الإجماعى الذى يعمل مع جماعات المعوقين في أشد الحاجة إلى مراعاة مبدأ تكوين الجماعة بناء على خطوة، ذلك المبدأ الذى وضعه «تريكر».

فلا يمكن أبداً أن تكون جماعات المعوقين جزافاً وحشماً اتفق، لأن في ذلك نجد الأضرار الآتية:

١ - اختلاف المقدرة الجسمية - خصوصاً إذا كان بيناً لا يساعد على أن تعمل الجماعة كوحدة.

٢ - اختلاف الأنماط السلوكية للمعوقين اختلافاً كبيراً يعمل على تفكك الجماعة وعدم وحدتها.

٣ - طالما أن المعوق في حالة غير عادية من الناحية الجسمية، وغالباً من الناحية النفسية، فإن لهم إحتياجاتهم الخاصة بهم كأفراد وأخرى كجماعة. فإذا كانت الجماعة غير متجانسة كان من الصعب تحديد إحتياجات تلك الجماعة خصوصاً وأن تلك الإحتياجات بالتالي غير عادية.

٤ - على الأخصائي الإجتماعي الذي يعمل مع جماعات المعوقين أن يراعى الفروق الفردية بدقة ويزيد من حجم معاملاته مع الأفراد في الجماعة، فإذا كانت تلك الفروق الفردية مختلفة، كان من الصعب على الأخصائي أن يقوم بدوره مع الأفراد بكفاءة.

الأسس التي تتكون عليها جماعات المعوقين:

إن مبدأ تكوين الجماعة على أساس من التخطيط لا معنى أبداً أن تكون الجماعة متجانسة مائة في المائة، وفي الواقع أننا نجد أنه من النادر الوصول إلى هذا المستوى من التجانس، والواجب على الأخصائي أن يحاول تحقيق أعلى نسبة ممكنة من التجانس.

ومعايير التجانس مختلفة، ومن المعايير التي يمكن للأخصائي أن يضعها ليحقق التجانس في جماعات المعوقين كما يلي:

١ - المشاكل المتعلقة بالإعاقة:

فقد يعمل الأخصائي على تكوين جماعات تضم معوقين لهم مشاكل متشابهة متعلقة بالإعاقة، وذلك يعتبر مفيداً جداً كي تقوم الجماعة ببرامج داخل المؤسسة لحل المشاكل، أما المشاكل الخارجية المتعلقة بالإعاقة فإن

المناقشات التي تدور في الجماعة تساعد الأعضاء على التغلب على تلك المشكلات.

فقد تكون المشكلة مثلاً هي ترك الأسرة بدون توجيه من عائلها المعوق لفترة طويلة.

فتقوم الجماعة ببرامج تتعرف بها على الأضرار الناجمة عن ذلك الوضع والوسائل الكفيلة بالتغل على تلك الأضرار.

٢ - نمط الإستجابة للإعاقة:

قد يتخذ نمط الإستجابة للمعوق معياراً للتجانس فمن المعروف أن بعض المعوقين يهربون من مشاكل قد صادفتهم في حياتهم، وآخرون تعرقلهم الإعاقة عن التغلب على مشاكل في حياتهم، لذلك فهم يقاومون الإعاقة، كما أن بعض المعوقين قد يجدون في الإعاقة فرصة للإعتماد على الغير وآخرون يقاومون الإعاقة لأنه يجبرهم على الإعتماد على الغير، إلى غير ذلك من أنماط الإستجابة. وتكوين الجماعات على أساس من نمط الإستجابة يساعد الأخصائي على توجيه الجماعة لتعديل ذلك النمط إذا كان ضاراً بالمعوق ولتأهيل المريض للعودة إلى الحياة العادية.

٣ - الحالة الجسمية:

قد تتكون الجماعة من معاقين متقاربين في المقدرة على بذل مجهود الجسمي، وبذلك يسهل على الجماعة وضع وتصميم برامج يشترك الجميع في تنفيذها.

٤ - مدة البقاء بالمستشفى:

قد تتكون جماعة من المعوقين الذين قضوا فترة طويلة بالمستشفى، وتفيد هذه الحالات في الإشتراك في الخدمة المقدمة للمعوقين الجدد، ورفع مستوى الخدمة بالمستشفى بوجه عام، وفي تعريف المعوقين الجدد بالأطباء والمرضات وإكسابهم جرأاً من الألفة بالمستشفى.

٥ - العنبر:

قد يكون معوقوا كل عنبر جماعة، لأن العلاقات الاجتماعية للمعوقين في كل عنبر قوية، ووجودهم في عنبر واحد يكون عندهم نوعاً من التماسك، غير أن تكوين جماعة على أساس وجود أعضائها في عنبر واحد قد لا يوفر قدراً كبيراً من التجانس من الناحية الاجتماعية والنفسية على الأخص.

٦ - المستوى العمري:

قد تتكون جماعات من المعوقين في سن الطفولة أو المراهقة أو الشباب أو الكهولة، لأن كل فئة عمرية أقدر على التفاهم والتجاوب مع نفسها من تفاهمها وتجاوبها مع فئة عمرية أخرى، وطالما أن لكل فئة عمرية احتياجات عامة، فإن ذلك يؤثر على تجانس الجماعة أيضاً، مع مراعاة العوامل الجسمية والنفسية الاجتماعية المتصلة بالمرض والتي لها تأثير كبير على تجانس الجماعة.

٧ - الهوايات الخاصة:

قد تتخذ الهوايات الخاصة وسيلة لتوفير قدر من التجانس خصوصاً إذا كانت تلك الهوايات تتفق مع الحالة الصحية للمعوقين.

ويجب أن يراعى الأخصائي أن بعض عدم التجانس قد يفيد الجماعة ويساعد على عملها كوحدة.

فإذا كانت جماعة قد كونت من أعضاء قد استجابوا للإعاقة بالبعد عن الواقع أو الإخلاد للصمت، فإنها قد لا تعمل كوحدة أو تقرر بنشاط جماعي، ورغم أن عبء العمل كله يقع على أكتاف الأخصائي الاجتماعي، ومثل هذه الجماعة في حاجة إلى عضوين أو أكثر يستطيعان أن يثيرا في الجماعة النشاط والحركة.

كما أن جماعة قد كونت من أعضاء استجابوا للإعاقة بالقيام بأعمال عدوانية قد لا تماسك مطلقاً، وهي في حاجة إلى أعضاء يعملون كمهدين للجماعة ويعاونون الأخصائي في توجيه نشاطها.

إذن فيجب على الأخصائي :

- ١ - أن يراعى التجانس قدر إمكانه.
 - ٢ - أن يلجأ إلى قدر من عدم التجانس إذا كانت الضرورة تختم ذلك لصالح الجماعة، ويلجأ إليه بالقدر اللازم والضروري.
- الأخصائي الإجتماعي وفريق العمل الطبي:

إن الأخصائي الإجتماعي الذى يعمل مع جماعات من المعوقين يعمل في الفرق "Teams" الآتية:

- ١ - فريق مكون من الطبيب المعالج والمرضة، وفيه يتبادل الجميع المعلومات عن المعوق، فيخبر الأخصائي الإجتماعي والمرضة عن سلوك العضو البارز أثناء النشاط وعن مغراه ويحدد مع الطبيب دوره في العلاج.
- ٢ - فريق مكون من الأخصائي وبعض الأطباء لتشخيص وعلاج حالات لمرضى معينين في المستشفى لهم عناية خاصة.
- ٣ - إجماعات منتظمة مع فريق الخدمة الإجتماعية بالمستشفى لوضع الخطة العامة لقسم الخدمة الإجتماعية بالمستشفى وتنفيذ وتبج وتقييم تلك الخطة.
- ٤ - فريق المستشفى بوجه عام لإيجاد التناسق والتكامل بين جميع أقسام المستشفى.

برامج جماعات المعوقين:

- ١ - مناقشات تتناول المسائل التى تعطيها الجماعات أهمية كبيرة.
- ٢ - ألعاب داخلية فى ناد.
- ٣ - حفلات سمر.
- ٤ - ندوات مع الأطباء المعالجين.
- ٥ - رحلات ترويقية للقادرين صحياً ويستحسن أن يشترك فيها الأطباء والمرضات، والرحلات مفيدة للمعوقين لرفع روحهم المعنوية ولإستمرار إتصالهم بالبيئة الخارجية.

٦ - حفلات تقام بالإشتراك مع أهالى المعوقين أو جماعات من البيئة الخارجية.

٧ - معاونة تقديمها جماعات المعوقين القادرين صحياً لرفع مستوى الخدمات المؤداة فى المستشفى.

٨ - برامج ثقافية صحية تتضمن محاضرات يلقيها الأطباء كى يساهم كل معوق بنفسه فى نجاح الخطة العلاجية عن وعى وإقتناع^(٧).

ثالثاً: دور تنظيم المجتمع مع المعوقين:

أ - الأدوار الوظيفية للمنظم الإجتماعى الطبى داخل المؤسسة الطبية:

١ - للمساهمة فى وضع سياسة نسق الخدمة الإجتماعية الطبية وتحديد أهدافه فى ضوء السياسة الإجتماعية للمؤسسة الطبية من جانب، والسياسة الإجتماعية للمجتمع من جانب آخر.

٢ - العمل على مساعدة مجلس الإدارة، أو اللجان التى يستند إليها العمل معها لتأدية مهمتها بنجاح، مع الإهتمام بمراكز القوة بين العاملين فى المؤسسة الطبية والتأثير عليها فى عملية إتخاذ القرارات التى تتعلق بنشاط مجتمع المؤسسة الطبية لصالح العاملين فيها من جانب ولصالح المرضى من جانب آخر.

٣ - للمساهمة فى القيام بمد الأنساق الداخلية الموجودة بالمؤسسة الطبية، بالمشورة الفنية، التى تساعدهم على القيام بمسئولياتهم قبل المرضى خيراً قيام، والتعاون مع المهتمين ذوى التخصصات المهنية فى المؤسسة الطبية فى صورة فريق عمل Team Work ليكشف لهم عن الجوانب الإجتماعية والنفسية، والأسرية والبيئية ذات الصلة الوثيقة بالأمراض التى يعانى منها بعض المرضى.

٤ - للمساهمة فى القيام بالبحث والدراسة، للتعرف على إحتياجات مجتمع المؤسسة الطبية، ومشكلاته، وموارده وإمكاناته، تمهيداً لترتيبها حسب

أهميتها ووضعها فى أولويات العمل وعلى إشباعها أو حلها فى حدود الموارد والإمكانات المتاحة، أو التى يمكن إيجادها.

٥ - العمل على تنسيق جهود الأناسق الداخلية للمؤسسة الطبية، لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التى تقوم تلك الوحدات بتقديمها للمرضى، كما يسهم فى تهيئة مناخ جيد للعلاقات الإنسانية داخل مجتمع المؤسسة الطبية.

٦ - إيجاد مشروعات تستلزم إشراك وتعاون فئات العاملين بالمؤسسة الطبية، وتحقيق فائدة لهم، كأسلوب لإيجاد التكامل بين فئات العاملين بالمؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى علاجه المرضى.

٧ - المساهمة فى العمل على تحسين مستوى الخدمات التى تقدمها المؤسسة الطبية للعاملين من جانب وللمرضى من جانب آخر، على أن تؤدى تلك الخدمات بالطريقة التى ترضى العاملين والمرضى، وتحفظ عليهم كراماتهم.

٨ - المساهمة فى عملية التسجيل، والتأكد من أن جميع الأعمال والأنشطة والبرامج التى يمارسها نسق الخدمة الاجتماعية الطبية، تسجل تسجيلاً دقيقاً للإفادة منه فى عملية تقويم النسق لقياس مدى نجاحه أو فشله من جانب ومعارنه الاختصاصيين الجدد والذين يعينون مستقبلاً فى المؤسسة الطبية، فى الإنطلاق من حيث إنتهى زملائهم القدامى من جانب آخر وذلك مما يكون له أكبر الأثر فى خدمة مجتمع المؤسسة من جانب، وخدمة المرضى من جانب آخر.

ب - الأدوار الوظيفية للمنظم الاجتماعى الطبى خارج المؤسسة الطبية:

١ - على المنظم الاجتماعى الطبى أن يتعرف على كافة الأجهزة والهيئات التى تؤدى خدمات طبية بمختلف أنواعها وذلك ليتضح له أوجه الإزدواج أو النقص أو التكامل فى أنواع الخدمات الطبية التى تؤدى للمجتمع المحلى من جانب آخر ولكى يستطيع أن يستغل هذه الأجهزة

والهيئات لصالح مرضى المؤسسة الطبية التى يعمل بها من جانب آخر.

٢ - التعرف على المشكلات الاجتماعية بالمجتمع المحلى - المقام به المؤسسة الطبية التى يعمل بها - ذات الأثر على الصحة وإستشارة الناس وتوعيتهم لتجنبها.

٣ - المنظم الإجتماعى بحكم عمله وإتصاله بزملائه العاملين بالهيئات المحيطة وبالرأى العام داخل المجتمع المحلى الذى توجد به المؤسسة العلاجية الطبية يستطيع أن ينقل إلى إدارة المؤسسة الطبية ردود الفعل وإنطباعات الناس عن الخدمات التى تؤديها المؤسسة الطبية مما يكون له أكبر الأثر فى تقويم دور المؤسسة الطبي، ومن ثم تعمل على إزالة كل ما يحول دون تأدية رسالتها فى المجتمع على الوجه الأكمل هذا من جانب، ومن جانب آخر يعمل المنظم الإجتماعى الطبي على تنمية المجتمع المحلى بدور المؤسسة الطبية، وأهدافها وكيفية الإستفادة من خدماتها وعليه أيضاً تنسيق الموارد البيئية ونشر الوعى فى المنطقة المحيطة بالمؤسسة الطبية، بما يحقق أقصى إستفادة من خدمات المؤسسة الطبية.

وفى النهاية فإننا نشير إلى طرق الخدمة الاجتماعية متكاملة، حيث أن نطاق عمل الخدمة الاجتماعية يمتد إلى وجوه الإنسان المختلفة التى تعيش فيها، فهى تعمل مع الأفراد كما تعمل مع الجماعات، وأيضاً تعمل مع الجماعات.

فالخدمة الاجتماعية حينما تعمل مع الفرد بصورة مباشرة إنما تتعامل مع الجماعات والمجتمع بصورة أخرى.

كذلك الحال حينما يتعامل مع الجماعات تجدد بالضرورة أهمية العمل مع أعضاء الجماعة كأفراد، مثل الفرد الذى تواجهه مشكلة أو يتميز بقيادة تحتاج إلى صقل، كما تعمل مع الهيئة أو المؤسسة التى تحتضن الجماعة، لتقارب بين أغراضها وإحتياجاتها، وأيضاً تعمل مع المجتمع المحلى الذى تتواجد فيه هذه المؤسسة لإستغلال موارد البيئة فى تحقيق أهداف المؤسسة من جانب، والجماعات التى تنتمى إليها هذه المؤسسة من جانب آخر.

إن العلاقة بين طرق الخدمة الاجتماعية - خدمة الفرد - وخدمة الجماعة، تنظم المجتمع - إنما هي علاقة لا تستمد من واقع المنفعة المشروطة بتقديم قضايا ملموسة نافعة فحسب، وإنما علاقة أعضاء الجسم الواحد بطبيعة واحدة وبوظيفة واحدة، إن حدث وتعددت أعضاؤه، فهو لتحقيق هدف مشترك وهو رفاهية الإنسان وسعادته فالجهر واحد، والفلسفة واحدة، بل إن المفاهيم والمبادئ الأساسية نفسها واحدة، وهذه حقيقة يؤكدتها الواقع الميداني ذاته، كما يجسدها كل من مارس المهنة من الأخصائيين الاجتماعيين.

الأدوار الوظيفية التي حددتها وزارة الصحة للأخصائي الاجتماعي:

حددت وزارة الصحة إختصاصات وواجبات الأخصائي الاجتماعي الطبي في ميادين الخدمة الاجتماعية طبقاً لقرار وزارة الصحة رقم ٣٥١٥ لسنة ١٩٧٠ بتاريخ ١٢/٩/١٩٧٠، بشأن إصدار دليل العمل الإداري لإدارة الخدمة الاجتماعية الطبية جاء فيها ما يلي:

١- يعتبر جهاز الخدمة الاجتماعية بالوزارة بحكم تكوين أفرادها وطبيعة عملهم ودراستهم وتأهيلهم أكثر الأجهزة إنصافاً بالجمهور وتفهماً لرغباته والالتحام معه وكسب ثقتهم بحيث يستهدف جوهر العمل الاجتماعي بوحدات الوزارة ما يأتي:

١ - التعرف على آراء ومشاكل الجماهير المتفعلة بخدمات الوزارة واتخاذ الخطوات اللازمة لحلها.

٢ - أن يكون موصلاً جيداً لما تريده الوزارة أن تصل به إلى الجماهير وذلك عن طريق:

أولاً: إعتبار العمل الاجتماعي وثيق الصلة بالجماهير مع المرضى بالأقسام الداخلية وفي العيادات الخارجية وأثناء الزيارة هدفه الأول حل مشاكل المرضى الاجتماعية والمسببة أو الناجمة عن المرض أو الإصابة.

ثانياً: كالأخذ بمبدأ ربط الخط السياسي بالعمل الاجتماعي والتحرك الدائم وخاصة في المستشفيات العامة، والتوعية بإعتبار الأخصائي الاجتماعي يعمل في المستشفيات على المستوى المحلي سواء أكان هذا عن طريق عمل

إستفتاءات، ومقابلات شخصية أو حضور الندوات الساسية التي تعقدها الأجهزة السياسية، أو عقد إجتماعات للعاملين، أو صندوق الشكاوى، وما إلى ذلك من أساليب وقياس إتجاهات الرأى العام.

ثالثاً: إعتباره عاملاً فى عمليات تنظيم المجتمع عن طريق المجلس المحلية بالمستشفيات العامة، كمجالس الإدارة ومجلس الخدمة الإجتماعية، والعمل على تنمية النشاط الأهلى والمساهمة فيه كجزء هام من موارد البيئة لصالح جماهير المترددين على الوحدة.

رابعاً: أن تكن القوانين التي كفلتها الدولة لتأمين أفرادها محوراً للعمل الإجتماعى المتطور لقوانين التأمينات الإجتماعية، والصحية، وقوانين العمل والضمان الإجتماعى وما إليها.

والإختصاصات العامة للمنظم الإجتماعى فى كافة القطاعات:

١ - إستطلاع رأى الجماهير المنتفعة لخدمات الوحدة، والإشتراك فى دراسة المشاكل الإجتماعية التي قد تطرأ على المرضى والعاملين بها، والعمل على إيجاد الحلول المناسبة لها عن طريق:

أ - أن يتواجد الأخصائى الإجتماعى بالعيادة الخارجية فضلاً عن تواجده بأقسام الإستقبال وسط المترددين عليها لتسهيل مهمتهم فى الحصول على الرعاية الطبية فى سهولة ويسر دون معاناة، ولحل المشاكل اليومية التي تنجم عن إتصال الجمهور بالمستشفى.

ب - وضع صندوق الشكاوى أو الرغبات، يكون مفتاحه مع الأخصائى الإجتماعى ويتم فتحه دورياً (حسب ما تقضى به التعليمات) ويتم تسجيل جميع ما ورد فيه وتفريقه، وحل ما يمكن حله من هذه المشاكل على مستوى الوحدة ورفع مستوى ما يحتاج إلى مستوى أعلى.

ج - أن تعد إستمارة إستفتاء على عناصر الخدمة التي تؤديها الوحدة تملأ بمعرفة الأخصائى الإجتماعى لعينات من المرضى الذين يتقرر خروجهم، وتجمع هذه الإستمارات ويتم تفريقها وتبويبها، وتحليلها بصفة دورية، لتكون مؤشراً جماهيرياً بالنسبة لخدمات كل وحدة.

د - أن توضع خطة عمل مشتركة بين أجهزة الخدمة الإجتماعية بالمناطق والوحدات وبين الجهاز السياسى بالمنطقة، وذلك بالإتفاق مع أمانة المحافظة بحيث يكون الأساس فيها هو التعرف على المشاكل الجماهيرية والتعاون على حلها بالحلول الذاتية بالإستعانة بجميع موارد البيئة من نشاط أهلى، إلى أجهزة حكومية قائمة، إلى غير ذلك مما يمكن الإستفادة به فى خدمة المريض وأسرته.

هـ - الإستفادة بالنشرات التى تعد بمعرفة الإدارة العامة للإعلام والثقافة الصحية بالوزارة، والتى تستهدف تبصير الجمهور وتعريفه بخدمات الوزارة، وكذلك بمختلف النشرات التى تعد عن طريق الأجهزة المختلفة وتخدم نفس الغرض.

٢ - أن يكون الأخصائى الإجتماعى بالمستشفى أو بالوحدة الطبية بمثابة رجل العلاقات العامة، من مهمته أن يتحرك وسط الجماهير داخل الوحدة وخارجها، والإتصال الوثيق بجميع المنظمات الإجتماعية والسياسية، والتعاون الصادق مع العاملين بها فى الخدمات العديدة، كالتنوعية السياسية أو مكافحة الأمية، وتنظيم الأسرة، ودور الحضنة، والجمعيات التعاونية بالوحدة، وغيرها من المشروعات القومية.

٣ - تنظيم البرامج الترفيهية وشغل أوقات الفراغ وذلك بإنشاء الأندية المزودة بوسائل التسلية كالتليفزيون، والراديو، والألعاب الداخلية، والأشغال اليدوية الخفيفة، وإنشاء مكتبة تحوى الجرائد والمجلات والكتيبات والنشرات.

٤ - الإهتمام بالتنوعية بالتنظيم للحفلات السينمائية والمسرحية والموسيقية وتوزيع المساعدات والهدايا فى المناسبات المختلفة.

٥ - الإهتمام بالتنوعية فى كافة مجالاتها (الصحية - الإجتماعية - القومية - السياسية - الدينية... إلخ) الفردية والجماعية سواء عند المقابلة الشخصية، أو الزيارات المنزلية أو الندوات الثقافية فى المناسبات المختلفة.

٦ - القيام بأعمال مقرر مجلس الخدمات الإجتماعية أو اللجان الإجتماعية والمنبثقة عن مجالس المستشفيات أو غيرها فى حدود الإختصاصات والتعليمات الصادرة بشأنها.

- ٧ - نشر الوعي بين العاملين في الوحدة وعقد الندوات لهم للاستفادة الكاملة من أوجه النشاط الثقافي والاجتماعي والرياضي، كذلك المساعدات الاجتماعية المتاحة من حصيللة الجزاءات وإجراء البحوث الاجتماعية للعاملين المستحقين لتلك المساعدات.
- ٨ - فتح وإستخدام السجلات والإستمارات والمطبوعات الخاصة بالخدمة الاجتماعية، وإتباع كافة القواعد والنظم المقررة لذلك والإلتزام بها.
- ٩ - عمل تقرير شهري وسنوي عن كافة أوجه الخدمات والنشاط الاجتماعي طبقاً للنموذج المقررة.
- ١٠ - حصر موارد البيئة للتعرف على جميع الإمكانيات المتاحة لتوجيهها لخدمة الجساهير، والإلتفاف بخدماتها إلى أقصى حد ممكن، ومنها «وحدات الشؤون الاجتماعية - النقابات المهنية - الجمعيات الخيرية - الوحدات التابعة لوزارة الخدمات والمؤسسات والهيئات... إلخ» والإتصال بالنجان الصحية التابعة للمكاتب التنفيذية للجهاز السياسي بالمنطقة وأن يكون لدى الأخصائي الاجتماعي دليل مفصل من جميع الموارد.
- ١١ - إتخاذ البحث الاجتماعي وسيلة لحل مشاكل المريض (في الأسرة أو العمل أو المدرسة) وإعتبار السرية الكاملة فيما يدلى به المريض من مشاكل وأسرار أمراً أساسياً في عمل الأخصائي الاجتماعي، ولا يتأتى ذلك إلا بتهيئة الإمكانيات المكانية والمادية للمحافظة على هذه السرية.
- ١٢ - القيام بتدريب الفئات التي يوكل إليه تدريبها في ميدان الخدمة الاجتماعية الطلية، كعض العاملين في الميدان الاجتماعي وطلبة معاهد وكليات الخدمة الاجتماعية.
- ١٣ - التعاون مع إدارة الوحدة لحل المشاكل التي يشيرها المرضى أثناء تواجدهم أو ترددهم على الوحدة.
- ١٤ - يعتبر متابعة العمل الاجتماعي من أهم العوامل لنجاح وإنجاز جهود الأخصائي الاجتماعي.

وهنا نؤكد أن الأخصائي الإجتماعي الطبي عندما يمارس طريقة تنظيم المجتمع لا يقوم بمعالجة أفراد أو جماعات بل إن دوره العلاجي يتم على مستوى المجتمع (المؤسسة الطبية - المجتمع الخارجي) حيث ينبه المجتمع لوجود قسم الخدمة الإجتماعية الطبية موضحاً جهود وخدمات هذا القسم ومحاولة ربط الجمعيات الأهلية والمتطوعين في محاولة منهم لرفع مستوى الخدمات وتنمية الموارد البيعية والإعتماد على القيادات المحلية في دعم المؤسسة الطبية أو بعبارة أخرى للعمل على تحقيق أهداف هذه المؤسسة.

ومن أهم أدوار أخصائي تنظيم المجتمع الطبي دوره مع الجهاز الفني والإداري للمستشفى «التنظيم الذي يعمل من خلاله» حيث يعمل مع المستويات الإدارية المختلفة ويتضح دوره في مساعدة الإدارة الصحية على المستوى الأعلى والمتوسط على القيام بالأعمال الآتية:

١ - توفير النواحي المالية للوحدات الصحية المحلية.
٢ - دراسة الحاجات الصحية للمجتمع وكذا إمكانياته للقيام بتخطيط برنامج يواجه هذه الحاجات الصحية، ويغطي النقص من الخدمات القائمة.

٣ - تحديد معايير الخدمة الصحية على المستوى المحلي.

٤ - تعيين الأفراد وتدريبهم.

٥ - القيام بالأبحاث في المجال الصحي.

٦ - إصدار القوانين واللوائح والقرارات الصحية اللازمة.

٧ - تقوية الروابط الصحية الدولية

كما يتوخى في البرنامج الصحي على المستوى المحلي تقديم الخدمة الصحية المباشرة.

١ - مكافحة الأمراض المعدية.

٢ - صحة البيئة.

٣ - رعاية الأمومة والطفولة والصحة المدرسية ورعاية الشباب.

٤ - حفظ السجلات.

٥ - التربية الصحية.

٦ - التمرريض الصحى العام:

٧ - الرعاية الطبية.

ولا تعتبر أى خدمة صحية شاملة إلا إذا قدمت هذه الخدمات السبع السابقة وإذا كان المجتمع صغيراً فمن الممكن دمج هذه الخدمات فى وحدة واحدة كما هو الحال فى المجتمعات الصحية والوحدات الريفية وإذا كان المجتمع أكبر من ذلك فتتقدم هذه الخدمات السبع عن طريق وحدات متخصصة كما هو الحال فى القطاع الحضرى فى مراكز رعاية الأمومة ومكاتب الصحة والمستشفيات المركزية ومكاتب الثقافة الصحية.

وإذا كان المنظم الإجتماعى فى المؤسسة الطبية يهدف إلى تحقيق أهداف هذه المؤسسة، فإن تحقيق هذه الأهداف يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالجهاز الإدارى، والفنى المتعاون ولذلك يساعد المنظم الإجتماعى الجهاز الإدارى من خلال الإعتماد على العناصر الآتية:

١ - التخطيط للبرنامج الذى يعيننا إنجازها.

وهنا سنلقى الضوء على نظرية «مارى روس» لدور المنظم الإجتماعى فى التنظيمات الإجتماعية (فى المستشفى أو المؤسسة التأهيلية).
أولاً: دور المرشد:

ويقوم المنظم الإجتماعى بهذا الدور لمساعدة المستشفى على إيجاد الوسائل المختلفة لتحقيق أهدافها حيث يقوم المنظم الإجتماعى بالآتى:

١ - المبادأة: بحيث يقوم المنظم الإجتماعى بإستثارة الوعى الإجتماعى للعاملين فى المنشأة الطبية لإدراك مشاكلهم، وأصعب الأعمال التى تواجه المنظم الإجتماعى (كمرشد) عندما يعمل فى مجتمع يظهر فيه نوع من سوء التنظيم أو الإنكالية واللامبالاة والإقتناع بالأوضاع القائمة حتى وأن كانت سيئة، لذلك فإن عليه أن يعمل معهم على خلق الشعور بالحاجة وعدم الرضا عن الظروف القائمة.

٢ - الموضوعية: حيث يقوم المنظم الإجتماعى بتقبل مجتمع المستشفى الذى يعمل بها بطروفها وأوضاعها حتى بدون أن يتحيز لها حتى يتمكن من كسب ثقة العاملين فى المستشفى تمهيداً لأحداث التغييرات الإجتماعية فيه.

٣ - التعرف على مجتمع المستشفى أو المنشأة الطبية: حيث يقوم المنظم الإجتماعى بتكوين علاقات مهنية مع كل جماعات المستشفى والإرتباط بالمستشفى ككل دون الإهتمام بجماعة منه دون الجماعات الأخرى.

٤ - تقبل الدور وتوضيحه وتفسيره: إذ يجب على المنظم الإجتماعى أن يتقبل دوره باعتباره المساعد والمعاون للتنظيم على التغلب على مشكلاته وألا يتحمل عنهم المسئوليات بل يساعدهم على تحمل مسئولياتهم فى حل المشكلات وإشباع الإحتياجات.

كما ينبغي أن يقوم بتوضيح وتفسير دوره من خلال المواقف المختلفة التى يتعامل فيها مع التنظيمات الإجتماعية بالمستشفى.
ثانياً: دور المنظم الإجتماعى «دور الممكن»:

حيث يقوم المنظم الإجتماعى فى هذا الدور بتسهيل عمليات تنظيم المجتمع داخل المستشفى أو المنشأة الطبية.

١ - التركيز على عدم الرضا على الأوضاع السيئة السائدة فى المستشفى وذلك عن طريق الإستمرار فى إستثارة العاملين بالمستشفى للشعور بعدم الرضا عن هذه الأوضاع لضمان إستمرار العمل وإيجاد البرامج التى تهدف إلى مواجهة المشكلات.

٢ - مساعدة العاملين فى المستشفى للإرتباط بالتنظيمات الإجتماعية القائمة وتشجيع هذه التنظيمات لكى تنهض بمسئولياتها حتى لا يشعر العاملون بقصورها عن إشباع إحتياجاتهم وحل مشكلاتهم.

٣ - دعم العلاقات فى المنشأة الصحية وذلك عن طريق:
أ - العمل على حل الخلافات والنزاعات التى قد تكون قائمة بين العاملين فى المستشفى.

ب - إيجاد البرامج الهادفة إلى التخلص من الخلافات مع غيرهم من العاملين، وتدعيم العلاقات التعاونية من خلال إشتراكهم فى البرنامج.

ج - إيجاد برامج للعلاقات العامة تهدف إلى إيجاد الرعى والشعور بالإتئام لمجتمع المستشفى وجماعته وتنظيماته.

- ٣ - القيام بالبحوث والدراسات اللازمة للتعرف على إحتياجات المجتمع ومشكلاته وموارده وإمكاناته.
- ٤ - وضع خطة العمل على أسس الأهداف التي يحددها الجهاز لإشباع حاجات جماهير المجتمع ولحل مشكلاتهم وترتيب تلك الحاجات حسب أولويتها من وجهة نظر المجتمع.
- ٥ - العمل على تنسيق جهود هيئات ومؤسسات وجمعيات المجتمع لمنع تكرار أو تضارب الخدمات التي تؤديها للمواطنين.
- ٦ - العمل على حل المشكلات أو الصراعات أو التناقضات التي قد تنشأ بين أفراد وجماعات وتنظيمات المجتمع وتقوية الروابط وتحسين العلاقات بين أفرادها وقيادات المجتمع الممثلة في الجهاز أو التنظيم الذي يعمل معه أخصائى تنظيم المجتمع.
- ٧ - العمل على إكتشاف القادة الطبيعيين والمساهمة في تدريبهم وتنقيحهم وتجهيزهم لتحمل مسؤوليات العمل الإجتماعى.
- ٨ - العمل على إيجاد بعض المشروعات العامة التي تستفيد منها الوحدات الممثلة في جهاز تنظيم المجتمع والتي تفيد المجتمع في نفس الوقت كمراكز التدريب ومكاتب التطوع ومشروعات التمويل.
- ٩ - القيام بمد الهيئات والمؤسسات والجمعيات الموجودة في المجتمع بالمشورة الفنية التي تساعد على القيام بمسؤولياتها خير قيام.
- ١٠ - العمل على تشجيع تطوع أفراد المجتمع للمساعدة في برامج وأنشطة الرعاية الإجتماعية والتنظيم والتطوع (٨).
- ١١ - تنظيم المؤتمرات والجمعيات والندوات والمناقشات ونشر المطبوعات والقيام بمشروعات نموذجية وما شابه ذلك العمل على نشر الوعي وتنوير الرأى العام على إنشاء التنظيمات الجديدة التي قد يحتاج إليها المجتمع.
- ١٢ - العمل على تحسين مستوى الخدمات التي تقدمها الهيئات والمؤسسات والجمعيات لسكان المجتمع على أن تؤدي تلك الخدمات بالطريقة التي ترضى هؤلاء السكان وتحفظ عليهم كرامتهم.
- ١٣ - تنظيم مكتب أو قسم الإستعلامات بجهاز التنظيم في المجتمع لكى

يستطيع السكان التعرف عن طريق الهيئات والمؤسسات والجمعيات الموجودة بالمجتمع بأنواع الخدمات التي تقدمها تلك الوحدات وطريقة الحصول عليها.

١٤ - قياس الرأس العام لسكان المجتمع وتحليله وعمل الإعلام اللازم للرد عليه.

١٥ - العمل على موازنة المشروعات الحكومية وتشجيع سكان المجتمع على مساندتها وتدعيمها والاستفادة منها وتحديد العلاقات بين الأجهزة الأهلية والحكومية التي تمس أنشطة المجتمع أو الأنشطة التي ترتبط بها.

١٦ - تسجيل جميع الأعمال والأنشطة والمشروعات والبرامج التي يقوم بها جهاز تنظيم المجتمع والتأكيد على أنها تسجل تسجيلاً دقيقاً.

١٧ - تقويم جميع أعمال ومشروعات وبرامج جهات تنظيم المجتمع لقياس مدى نجاحه أو فشله وكذلك يقيم الأخصائي الاجتماعي أعماله ودوره المهني الذي يمارسه في تنظيم المجتمع.

١٨ - غير ذلك من الأعمال التي تقتضيها طبيعة العمل والظروف المحيطة به، أو ما يقره المسؤولون عن جهاز تنظيم المجتمع.

مراجع الفصل التاسع

- ١ - وحول الرعاية الاجتماعية للمعوقين أنظر كل من:
 - عبد الفتاح عثمان، على الدين السيد، الخدمة الاجتماعية وسجلات رعاية المعوقين، رؤية متطورة للواقع العربي، مكتبة عين شمس، ١٩٩٧، ص ص ٤٠٩ - ٤١٥.
 - محروس خليفة، أنصاف عبد العزيز، الخدمة الاجتماعية وأساليب الرعاية، رؤية نقدية للمفاهيم والممارسات، دار المعرفة الجامعية، ١٩٨٧، ص ٧٠.
 - عثمان ليبيب فرج، فلسفة وسائل دمج المعوقين في المجتمع، إتحاد رعاية الفئات الخاصة، العدد (٨) ديسمبر ١٩٨٦، ص ٧.
 - زينب أبو العلا، وآخرون، الخدمة الاجتماعية في محيط الفئات الخاصة، كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة حلوان، ١٩٨٦، ص ص ٣١ - ٣٢.
 - عطيات ناشد، وآخرون، الرعاية الاجتماعية والنفسية للمعوقين، مكتبة الإنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩ ص ١٨٣.
- ٢ - محمد سيد فهمي، السلوك الاجتماعي للمعوقين، دراسة في الخدمة الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، ١٩٨٣، ص ص ٢١٧ - ٢١٨.
- ٣ - محروس محمود خليفة، مدخل الممارسة المهنية في ميادين الرعاية الاجتماعية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٠، ص ص ٢١٨ - ٢٢٠.
- ٤ - بدر الدين كمال عبده، محمد السيد حلاوة، الإعاقة السمعية والحركية، المكتب العلمي للكمبيوتر والنشر والتوزيع، ١٩٩٧، ص ص ٣٧ - ٤٢.
- ٥ - أنظر وقارن:
 - فاطمة مصطفى الحاروني، خدمة الفرد في محيط الخدمات الاجتماعية، مكتبة الإنجلو المصرية ١٩٧٤، ص ص ٦٠٦ - ٦٢١.
 - فاطمة مصطفى الحاروني، المرجع السابق، ص ص ٦٦٤ - ٦٦٩.
- ٧ - أنظر وقارن:
 - أنيس عبد الملك، وآخرون، خدمة الجماعة، في المجتمع الاشتراكي، مكتبة الإنجلو المصرية ١٩٦٤، ص ص ٤٢٧ - ٤٣٦.
- ٨ - وحول دور طريقة تنظيم المجتمع مع المعوقين أنظر كل من:

- أحمد مصطفى خاطر وطريقة تنظيم المجتمع، المكتب الجامعى الحديث، الإسكندرية، ١٩٨٤ ص ١٨٩ - ١٩٠.
- أحمد كمال أحمد، تنظيم المجتمع، نظريات وحالات، الجزء الثانى، مكتبة القاهرة الحديثة، ١٩٦٣.
- سيد أبو بكر حسانين، طريقة الخدمة الإجتماعية فى تنظيم المجتمع، مكتبة الإنجليا المصرية ١٩٧٤.
- هدى بدران، تنظيم المجتمع، مطبعة الملىجى، القاهرة، ١٩٦٩.
- عبد الحليم رضا عبد العال، تنظيم المجتمع النظرية والتطبيق، المكتبة التجارية الحديثة، القاهرة، ١٩٨٦.
- عبد الحى محمود حسن، الممارسة المهنية فى المجال العلى، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٨، ص ٢٢٣ - ٢٥٠.
- وسؤل الرعاية الإجتماعية مع الفئات الخاصة أنظر كل من :
- Byrne, T. , Padfield, F. C., Social Services : Made Simple, 2nd ed., London, Heineman, 1983, p. 2 - 4.
- Spick, P., Stigma and Social Welfare, London Croom Helm Ltd., 1984, p. 3.
- Diana M. Dinitto and Thomas R. Dye, Social Welfare Politics and Public Policy Prentice Hall, Inc., N. J., 1983, pp. 7 - 9.
- Margart Robinson, Sckools and Social Work, Routledge and Kegan Pual, London, 1978, pp. 201 - 209.

نماذج للمؤسسات المتخصصة فى تأهيل ورعاية المعوقين فى جمهورية مصر العربية

تقديم:

إذا كان النصف الثانى من هذا القرن شهد إهتماماً متزايداً برعاية المعوقين على المستوى العالمى، فإن كثير من دول العالم النامى قد أولت إهتماماً خاصاً بهذه الفئات، وذلك برسم السياسات ووضع الخطط والبرامج لمواجهة إحتياجاتهم والحد من مشكلاتهم الناجمة عن الإعاقة، وتوفير كافة السبل لتأهيلهم ورعايتهم.

وفى مجتمعنا المصرى زاد الإهتمام بالمعوقين وخاصة بعد ثورة يوليو ١٩٥٢، وتزايد بشكل واضح بعد نصر أكتوبر عام ١٩٧٣، إعترافاً بفضل هذه الفئة وما قدمته للوطن من تضحية وقداء، ولذا إهتمت جميع الوزارات بتوفير أوجه الرعاية المختلفة لخدمة هؤلاء المعوقين، ومن أوجه هذه الرعاية صدور القوانين والقرارات الوزارية المتتالية بشأن تأهيل ورعاية هذه الفئات من جانب، وإنشاء العديد من المؤسسات المتخصصة فى تأهيل ورعاية المعوقين بجمهورية مصر العربية من جانب آخر.

ولقد ساهمت مهنة الخدمة الإجتماعية مع غيرها من المهن الأخرى فى مساعدة المعوق على مواجهة مشكلاته وإشباع حاجاته المختلفة، والعمل على تأهيله وإستثمار كافة الطاقات والقدرات المتبقية لديه من خلال تعليمه وتوجيهه وتدريبه على عمل يناسب قدراته وإمكانياته ليحيا حياة طبيعية داخل أسرته ومجتمعه.

وبناء على ما تقدم ستقدم عرضاً موجزاً لبعض المؤسسات والقوانين الخاصة بتأهيل ورعاية المعوقين وذلك على النحو الآتى :

أولاً : عرض مختصر لبعض مؤسسات رعاية المعوقين بالإسكندرية.

ثانياً : عرض مختصر لبعض مؤسسات رعاية المعوقين بالقاهرة.

ثالثاً : عرض لبعض القوانين والقرارات الوزارية الصادرة بشأن تأهيل ورعاية المعوقين فى جمهورية مصر العربية.

أولاً : عرض لبعض مؤسسات رعاية المعوقين بالإسكندرية (٥)

مقدمة :

تعتبر جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية من الجمعيات ذات النفع العام والتي تقدم خدماتها للمعوقين بجميع فئاتهم ذكوراً وإناثاً منذ بدأت الجمعية نشاطها عام ١٩٥٣ عن طريق إنشاء مكتب التأهيل المهني ثم توسعت الجمعية منذ ذلك التاريخ وحتى الآن بإنشاء العديد من المشروعات حتى بلغ عدد مشروعاتها الحالية أربعة وعشرون مشروعاً تعمل جميعها في تكاتف وتأزر تام لتقديم مايلزم المعوقين وأسره من خدمات تأهيلية بهدف إعدادهم بدنياً بصرف الأجهزة الطبية والتعويضية التي تيسر لهم الانتقال والحركة وكذلك علاج حالات شلل الأطفال وغيره من الأمراض التي يجدي فيها العلاج الطبيعي كذلك العمل على تدريب الحالات على المهنة المناسبة سواء بالقسم الداخلي أو الأقسام الخارجية أو الورش والمحلات المتوفرة في البيشة المحلية ومنح شهادات التأهيل المهني لمن أنهوا تدريبهم بنجاح تمهيداً لقبيلهم في مكتب العمل الكائن أيضاً بمقر الجمعية وحتى يسهل على المعوقين قيد أنفسهم ومتابعة الجمعية لعملية ترشيحهم وتشغيلهم بالشركات والهيئات المختلفة والإطمئنان على تكيفهم واستقرارهم في محيط العمل كما تقوم الجمعية بصرف بطاقات تحقيق شخصية المعوق وهي بطاقة تعريف بالمعاق والإعاقة التي يعاني منها فضلاً عن البيانات الشخصية وهذه البطاقة تتيح للمعوق الاستفادة بالخدمات والتيسيرات التي تقدمها الوزارات المختلفة. ومن أمثلة ذلك التيسيرات التي تقدم للمعوقين : الإسكان - الإدارة المحلية، وغير ذلك من التيسيرات التي يعمل مكتب العلاقات بالجمعية على كسب المزيد من تلك الإمتيازات كدخول الحدائق والمتنزهات والشواطئ وركوب المواصلات العامة والعلاج المجاني وغير ذلك من التيسيرات التي من شأنها معاونة المعوقين على شق طريقهم في الحياة وإندماجهم وتكيفهم مع المجتمع

(١) التقرير السنوي عن نشاط جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية عام ١٩٩٧ .

رفع روحهم المعنوية ولا يخفى أثر ذلك كله على الإنتاج والإقتصاد بوجه عام.

وتقوم الجمعية بتقديم تلك الخدمات مجاناً إلا إذا ثبت من البحث الإجتماعى إمكان قيام الحالة بدفع نفقات الخدمة المطلوبة أو المساهمة فى جزء منها. كما أن الجمعية لا تلجأ وسعاً فى النهوض بخدماتها والعمل على تحسين الأداء وذلك بإناتاحة فرص التدريب للعاملين بها والأخذ بأحدث الوسائل التكنولوجية لتيسير حصول عملائها على الخدمات المناسبة وقد أصبحت الجمعية من المعالم البارزة بمدينة الإسكندرية نتيجة لنشاطها وخدماتها وما تقدمه من تسهيلات للدارسين والمهتمين فى ميدان رعاية المعوقين وفى الصفحات التالية تعريف بمشروعات الجمعية والخدمات التى تم تقديمها مدعمة بالإحصاءات والرسوم البيانية.

أولاً : مكاتب التأهيل المهنى :

تعتبر مكاتب التأهيل المهنى من المؤسسات الهامة التى تقوم برعاية جميع فئات المعوقين من الجنسين وتوجيههم التوجيه الذى يتناسب مع إمكانياتهم البدنية والعقلية والنفسية من خلال ما يقدم لهم من الخدمات الطبية والإجتماعية والنفسية والمهنية والتعليمية والترفيهية وغيرها من الخدمات الأخرى.

وتعتمد المكاتب فى توفير تلك الخدمات على البيئة المحلية وما بها من الشركات والهيئات الأهلية والحكومية والمستشفيات وأماكن الأعمال المختلفة من تجارة وميكانيكا وبرادة... إلخ كما تعمل المكاتب بالتعاون مع وزارة القوى العاملة على تنفيذ التشريعات والقوانين التى تيسر للمعوقين فرصة الإلتحاق بالشركات والمؤسسات ضمن النسبة القانونية (٧٥) المقررة لتشغيل المعوقين... وقد بلغ عدد مكاتب التأهيل المهنى حالياً خمسة مكاتب بياتها كالآتي:

١ - مكتب شرق الإسكندرية... ويخدم المقيمين بمنطقة الرمل وسيدى جابر.

٢ - مكتب غرب الإسكندرية... ويخدم المقيمين فى بعض أحياء غرب المدينة.

٣ - مكتب وسط الإسكندرية ... ويخدم المقيمين بوسط المدينة.

٤ - مكتب المنتزة ... ويخدم المقيمين بحى المنتزة.

٥ - مكتب العامرية ... ويخدم المقيمين بحى العامرية ومينا البصل وبرج العرب.

وفى الخطة المستقبلية للجمعية أيضاً للعمل على افتتاح مكاتب للتأهيل المهني - أحدهما جهة أبو قير بشرق المدينة والآخر جهة غرب بحى الجمرك - وحتى يجد المنتفعين ما يحتاجون إليه من خدمات قريباً من سكنهم... وتقوم مكاتب التأهيل المهني حالياً برصد وحصر جميع المعلومات المتعلقة بحالات المعوقين وتغذية الحاسب الآلي «الكمبيوتر» بها وحتى يمكن التعامل مع البيانات اللازمة عن أى حالة فى حينه بدون تأخير وتلافياً لعدم الإزدواج فى تقديم الخدمات.

كما تقوم الجمعية بعقد إجتماعات بصفة دورية مع العاملين بمكاتب التأهيل المهني لمناقشة سير العمل وما يستجد من تشريعات ونظم وإستعراض الموضوعات وتقديم المقترحات التى من شأنها التخفيف عن المعوقين وتلبية طلباتهم والعمل على حل ما يعترضهم من مشكلات - كذلك متابعة المشتغلين بمقر العمل للإطمئنان على تكيفهم وإستقرارهم النفسى والمهنى، ويضم كل مكتب تأهيل مهني هيئة من العاملين الفنيين والإداريين حيث يتم إستكمال دراسة كل حالة من مختلف النواحي فيماإضافة إلى مدير كل مكتب يضم الهيكل الوظيفى الإخصائيين الإجتماعيين والنفسيين والمهنيين والأطباء - إذا يستلزم للحالة حتى تحصل على الخدمة التأهيلية إجراء الفحوص الإجتماعية والنفسية والمهنية والفحص الطبى الشامل ..

وفى الصفحات التالية بيان إحصائى بنشاط مكاتب التأهيل المهني.

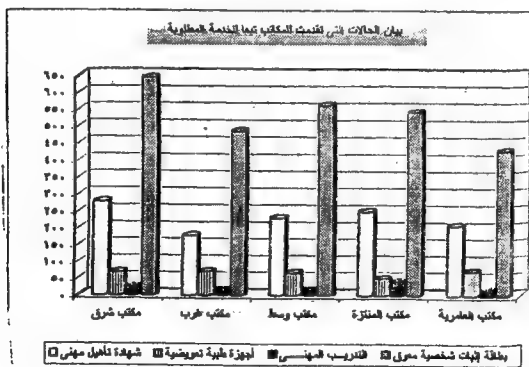
نشاط مكاتب التأهيل المهني

.. ..
: الحالات التي تقدمت للمكاتب :

١- بيان الخدمات المطلوبة :-

المجموع	مكتب العامة	مكتب المنزلة	مكتب وسط	مكتب غرب	مكتب شرق	البيان
١١٤٥	٢٠٩	٢٥٠	٢٣٠	١٧٨	٢٧٨	شهادة تأهيل مهني
٢٣١	٧٣	٥١	٦٧	٧١	٦٩	أجهزة طبية تمريضية
١٢٣	١٩	٤٣	١٨	١٧	٢٦	التدريب المهني
٢٦٦٧	٤٣١	٥٤٣	٥٦٢	٤٨٧	٦٤٤	بطاقة إثبات شخصية معوق
٤٢٦٦	٧٣٢	٨٨٧	٨٧٧	٧٥٣	١٠١٧	المجموع

جدول رقم (١)



ويتضح من ذلك أن أكثر الخدمات المطلوبة للحالات المتقدمة للمكاتب هي الحصول على بطاقة إثبات شخصية المعوق - ويرجع ذلك إلى أنه بموجب هذه البطاقة يمكن لحاملها الاستفادة من أية مميزات قد تقررها الدولة أو الهيئات أو الهيئات للمعاقين، وعلى سبيل المثال فإنه بموجبها يمكنه الحصول على تصاريح الركوب المجانية للمواصلات الداخلية وتصاريح إرتياد دور السينما ومسارح القطاع العام والإعفاء من رسوم الدخول للمتنزهات والحدائق التابعة لمحافظة الإسكندرية وغيرها من الخدمات التي تمنح كميزة للمعوق نتيجة للإتصالات التي يقوم بها مركز العلاقات العامة وخدمة المعوقين التابع للجمعية.

٢ - بيان فئات السن :

المجموع	٤٢ فأكثر	٣٦: ٣٦	٣٠: ٣٦	٢٤: ٣٠	١٨: ٢٤	١٢: ١٨	٦: ١٢	١ أقل من سنوات	الثلاث
١٠١٧	٣٩	٧٣	١٧٧	٢٥٦	٢٩٠	١٧٦	٥	١	مكتب شرق
٧٥٣	١٨٦	٥٢	٨٧	١٠٨	١٦٨	١٠٩	٣٩	٤	مكتب غرب
٨٧٧	٢١١	٥٧	١٠٥	١١٨	٢١٦	١٢٧	٣٦	٧	مكتب وسط
٨٨٧	١١٥	٥٠	٧٩	١٦٦	٢٨٦	١٥٣	٢١	٧	مكتب للفترة
٧٣٢	١٢١	٣٨	٦٦	١١٣	٢١٠	١٣٧	٣٣	١٤	مكتب المعاقرة
٤٢٦٦	٦٧٢	٢٧٠	٥١٤	٧٦١	١١٧٠	٧٠٢	١٤٤	٣٣	المجموع

جدول رقم (٢)

ومن الملفت أن معظم المتقدمين لمكاتب التأهيل المهني للإستفادة من الخدمات التأهيلية في سن الشباب (١٨ - ٢٤) وهذه ظاهرة صحية يستبين منها مدى إهتمام شباب المعوقين بالخدمات التأهيلية التي تتيحها الدولة لهم وتضمن لهم حياة مستقرة.

٣ - بيان الجنس والإعاقة :

الإعاقة / النوع	ضعف إسماع	كنيف	شلل	بتر	لمم	قصور	إعاقات ليلية	إعاقات	أخرى	المجموع
			الشلل	الأطراف	أبهم	لحنى	ومدرية	متعددة		
تعدد	٣٦٥	١٤٧	٨٣٠	٣٧٤	٤٧٧	٤١٨	٥٧	٩٧	٦٠٤	٣٣٦٩
إناث	٦٤	٥٣	٢٥٨	٨٩	١٦٣	١٠٤	٦	٤٨	١٣٢	٨٩٧
المجموع	٤٢٩	٢٠٠	١٠٨٨	٤٦٣	٦٤٠	٥٢٢	٦٣	١٢٥	٧٣٦	٤٢٦٦

جدول رقم (٣)

تمثل حالات شلل الأطفال الجزء الأكبر في تصنيف الإعاقات ...
وسينخفض هذا المؤشر في المستقبل القريب حيث تلاشت في الآونة
الأخيرة إصابات شلل أطفال في حالات الطفولة المبكرة وتمثل النسبة
المذكورة في الإحصائية الإصابات المتوافرة حالياً في سن الطفولة المتقدمة
وسن الشباب.

الخدمات التي تم تقديمها للمستفيدين:

١ - بيان مجموع الخدمات المقدمة من كل مكتب:

المكتب	مكتب	مكتب	مكتب	مكتب	مكتب	المكتب	الخدمة المقدمة
	مكتب	مكتب	مكتب	مكتب	مكتب	مكتب	
	البحرية	المتنزة	وسط	قرب	شرق	مكتب	
١٠٥٣	١٩٨	٢١١	٢٠٥	١٧٣	٢٦٦	مكتب	شهادة تأهيل مهني
٢٨١	٤٦	٤٠	٥٩	٨١	٥٥	مكتب	لجوزة طبية وتوصيصة
١٠٤	١٣	٤٠	١٥	١٥	٢١	مكتب	التدريب للعيسى
٢٣٦٦	٣٩٨	٤٣٧	٥٢٢	٤٨٧	٥٥٢	مكتب	بطاقة إثبات شخصية
٢٨٣٤	٦٥٥	٧٢٨	٨٠١	٧٥٦	٨٩٤	مكتب	المجموع

العمل فمته التجارة والدهانات الخشبية من أكثر المهن المطلوبة للسوق المحلي يليها أعمال الكهرباء والألكترونيات ثم الخدمات المعاونة ... إلخ.

٤ - بيان الحالات التي تم تشغيلها هذا العام:

المهنة	مكتب شرق	مكتب غرب	مكتب وسط	مكتب الفترة	مكتب المعاصرة	المجموع
فنان	٩	١٠	٤	٩	-	٣٢
فني	١١	٥	٦	٣	٤	٢٩
مارس	١٢	٧	١١	٨	٢	٤٣
لحم	٧	٢	١٢	٨	٢	٣١
ماني	٩	٨	٨	١٠	١٠	٤٥
موني	١٨	٤	١٠	٨	٦	٥٦
ماني	١٠	١٣	١٣	٥	٧	٤٨
أفندي	٩	٤	١٢	٥	٨	٣٨
موني	٩	٧	١٣	١١	٨	٤٨
لكنير	١٥	٦	١٤	٩	١١	٥٥
نوفير	٨	١٠	١٣	٧	٤	٤٢
موني	١١	١٤	١١	١٢	١٢	٦٣
المجموع	١٣٦	٩٠	١٣٠	٩٥	٧٤	٥٢٠

جدول رقم (٧)

ويرجع إنتعاش عملية تشغيل المعوقين إلى التجربة الرائدة التي قامت بها جمعية التأهيل المهني بالإسكندرية بالإشتراك مع مديرية القوى العاملة والهجرة بالمحافظة والتي تتمثل في تخصيص مكتب عمل مركزي لتشغيل المعوقين ثم إلحاقه بمقر الجمعية مما سهل عملية الربط بين التأهيل والتشغيل بحيث لا تعاني محافظة الإسكندرية حالياً نتيجة لهذه التجربة أية معوقات في إلحاق المعوقين المؤهلين مهنياً بالوظائف المناسبة لتأهيلهم.

٥ - بيان الخدمات المساعدة التي قدمتها المكاتب للمترددين :

المجموع	إسم المكتب					البيان
	م. الشرقية	م. المتزة	م. غرب	م. وسط	م. شرق	
١٦٧	٢٧	١٢	٢٦	٤٣	٤٩	بحث ميارة مجهزة
٣٢١	٤٦	٥٠	٤٨	١٠٨	٦٩	خطابات لهيئة المواصلات السلكية واللاسلكية
١٦٩	٥٦	٢٦	-	٧٣	١٤	خطابات الاحياء
١٢٠	٣٩	٣١	١٩	١٩	١٢	الرد على شكاوى وإلتامات الملا
٤٥٨	٦٨	٣٤٣	-	٣٩	٨	خدمات أخرى
١٢٣٥	٢٣٦	٤٧٢	٩٣	٢٨٧	١٥٢	المجموع

جدول رقم (٨)

يمثل هذا الجدول الخدمات الفرعية التي تؤدي للمعاقين حلاً لما قد يواجههم من مشاكل في تعاملاتهم مع مختلف الهيئات والمصالح مثل الأحياء وهيئة المواصلات السلكية واللاسلكية ومؤسسة الكهرباء وخلافه - وقد أنشأ لهذا الغرض مركز العلاقات العامة وخدمة المعوقين التابع للجمعية والقائم على العمل فيه نخبة من الإخصائيين في مختلف التخصصات والمدرّبين على الإتصال بالهيئات المختلفة لإزالة مسببات مشاكل المعوقين.

المناطق التي يتقدم منها العملاء
على مكاتب التأهيل المهني

النقطة	عدد المترددين	النقطة	عدد المترددين
محرم بك	٥٢٦	القنطرة	١٧١
المطارين	٦٨	المنجيلة	٧٣
كرموز	٣٥٨	المجمي	٤٨
للنخبة	٦٦	للتراس	٢٩
للجدر	١٩٤	وادي القدر	١٥
اللبان	١١٠	باب خرقي	٢٨٣
مينا البصل	٣٢	سوي جابر	١٨٣
العابرية	١٢٨	الرمل	٧٨٢
برج العرب	٣١	للتنزة	٨٨٧
الوردان	٢١٦	مناطق أخرى	٥٣
المجموع الكلي للمترددين ٤٢٦٦			

جدول رقم (٩)

المتقدمين والمستفيدين من مكاتب التأهيل المهني
في السنوات الثلاث الأخيرة (١٩٩٥ - ١٩٩٧)

السنة	١٩٩٥	١٩٩٦	١٩٩٧	المجموع
متقدم	٢٦٤٠	٣٩٩٤	٤٢٦٦	٢٥٣٧٤
مستفيد	٢٢٦٧	٢٩٢٢	٢٨٣٤	٢٢٥٧٨

جدول رقم (١٠)

يتضح من هذا الجدول الزيادة المستمرة في كل عام عن سابقه لعدد المتقدمين للحصول على الخدمات التأهيلية وأيضاً كم الزيادة في عدد

المستفيدين من هذه الخدمات التي تقدمها مكاتب التأهيل المهني ويرجع ذلك إلى التوسع في إنشاء مكاتب تأهيل جديدة بمختلف أحياء المحافظة مما سهل على المعاقين الإتصال بالمكتب التابع لها سكنياً بسهولة دون تحمل مشاققة الإنتقال من مكان إلى آخر.

ثانياً : مؤسسة التأهيل المهني :

افتتحت مؤسسة التأهيل المهني عام ١٩٥٥ لرعاية الذكور المصابين ببتير أو شلل أو عجز خلقي قابل للتدريب والمحولين من مكاتب التأهيل المهني بعد إجراؤه البحوث الإجتماعية والفحوص النفسية والطبية وصرف مايلزم من الأجهزة التعويضية بفرض تأهيلهم مهنيًا وإجتماعيًا بالقسم الداخلي بالمؤسسة.

شروط القبول بالمؤسسة:

- ١ - أن تكون الحالة من الذكور من سن ١٤ سنة حتى ١٨ سنة.
- ٢ - أن تكون الحالة مصابة ببتير أو شلل أو عجز.
- ٣ - أن تكون الحالة قادرة على خدمة نفسها.
- ٤ - أن تكون الحالة خالية من الأمراض المعدية.
- ٥ - أن تكون الحالة من أبناء محافظة الإسكندرية.
- ٦ - أن تكون الحالة حاصلة على مايلزمها من أجهزة تعويضية من المكتب المحولة عن طريقه.

الخدمات التي تقدمها المؤسسة لعمالها:

أولاً : الخدمات المهنية:

يتم ذلك عن طريق توزيع العملاء على الأقسام المهنية عن طريق لجنة القبول للعاجزين وبوضع العميل تحت الملاحظة لمدة شهرين وفي حالة عدم إستجابة العميل للتدريب على المهنة المحول إليها يتم الكتابة للمكتب المختص مع التوصية بتوجيهه إلى مهنة أخرى تتناسب مع رغبته وعجزه وذلك تحت

إشراف ومتابعة الأخصائي المهني لكل مكتب تأهيل كما تسعى المؤسسة إلى تطوير الأقسام المهنية وإعدادها بالأجهزة والمعدات الحديثة واستحداث ورش حديثة تتمشى مع إحتياجات السوق، كما تقوم بتدريب عملاء المكاتب بورشها المختلفة.

ثانياً : الخدمات الإجتماعية:

تتمثل فى حل المشكلات التى تواجه العملاء أثناء تواجدهم بالأقسام المهنية وأثناء فترة النشاط الحر أو الفترة الليلية كما تشتمل على الآتى:

١ - الرعاية الصحية:

يتم ذلك عن طريق الكشف الدورى على العملاء الذى يقوم به طبيب المؤسسة وكذلك الفيارات اليومية التى تقوم بها الحكيمة وتحويل الحالات إلى المستشفيات وكذلك صرف الأجهزة التعويضية.

٢ - الفصول الدراسية:

تهتم المؤسسة بالناحية التعليمية بنفس الإهتمام بالناحية المهنية والتدريبية للعملاء كما توجد فصول لحو الأمية ويقوم بالتدريس بها مكلفات الخدمة العامة تحت إشراف الأخصائي الإجتماعى.

٣ - النشاط الإجتماعى:

يبدأ من الساعة الثانية والنصف حتى الساعة الخامسة والنصف وينقسم فيها عملاء المؤسسة إلى عدة أسر الغرض منها تمويد العملاء على القيادة وتكوين العلاقات الطبية بين الأسر وبعضها من خلال الأنشطة المشتركة علاوة على الرحلات والحفلات.

٤ - النشاط الترويحي:

يحتوى برنامج النشاط على التواحي الإجتماعية والثقافية والفنية ويراعى فى البرنامج الشمول والمرونة ورغبات العملاء وقدراتهم.

وفي سبيل تنفيذ هذه البرامج تقوم المؤسسة بالإستعانة بمكلفي الخدمة العامة - كما تقوم بالإستعانة بطلاب معاهد الخدمة الإجتماعية وقسم الإجتماع بكلية الآداب لتدريبهم على العمل في مجال المعوقين بالإشتراك مع المعهد أو الكلية التابع لها الطلاب.

بيان إحصائي بنشاط المؤسسة خلال العام

١ - توزيع عملاء المؤسسة على الأقسام المهنية:

القسم	نجارة	أستر	أحذية	سمكرة	نقش	جلود	غياطة	للكترونيات	تنجيد	المجموع
العدد	٧	١٤	١٠	٤	٦	٣	٣	١	٣	٥١

جدول رقم (١١)

ويضم قسم الألكترونيات حالة واحدة نظراً لأن العمل به بدأ خلال العام بعد إلحاق الحالات بباقي الأقسام.

١ - توزيع عملاء المؤسسة تبعاً لنوع الإعاقة:

القسم	خلل بالأطراف	بتر بالأطراف	تشوه خلقي	أخرى	المجموع
العدد	٣٣	٨	٨	٢	٥١

جدول رقم (١٢)

٣ - توزيع عملاء المؤسسة الذين تم تخرجهم موزعين على الأقسام المهنية:

القسم	نجارة	أستر	أحذية	سمكرة	نقش	جلود	المجموع
العدد	١	٤	٢	١	٢	١	١١

جدول رقم (١٣)

وبلاحظ أن القدرة الإستيعابية لمؤسسة التأهيل المهني من خلال أقسامها

التأهيلية لا تمثل كما كبيراً إنما دعا الجمعية إلى الإستعانة بالورش والهيئات الخارجية فى مجال تدريب الماقر وتأهيلهم على مختلف المهن والجدول السابق يمثل فقط الملتحقين بالمؤسسة وأقسامها المهنية.

ثالثاً : مؤسسة المكفوفين:

افتتحت مؤسسة المكفوفين عام ١٩٥٦ لرعاية المكفوفين من الجنسين، الذين تتراوح أعمارهم ما بين ١٥ - ٢٥ وذلك لتدريبهم على الأعمال المناسبة التى تتفق مع إمكانياتهم، وفى سبيل ذلك تخرّص المؤسسة على الإهتمام بعملائها وتقديم كل الخدمات الممكنة، والتي تسهم فى رفع روحهم المعنوية وإندماجهم وتكيفهم مع المجتمع الخارجى، وذلك عن طريق تأهيلهم نفسياً وإجتماعياً ومهنياً.

أغراض المؤسسة:

١ - تقوم المؤسسة بتدريب المكفوفين على العمل الذى يتناسب مع ميولهم.

٢ - إنشاء القسم الثقافى بالمؤسسة لكل من يرغب فى إتمام دراسته إبتداء من المرحلة الإعدادية حتى نهاية المرحلة الثانوية.

الخدمات الإجتماعية والترفيهية:

* تهتم المؤسسة بعملائها من حيث حل المشكلات التى تواجههم أثناء تواجدهم داخل الأقسام المهنية ويتم عرض العملاء الذين يعانون من مشاكل نفسية على الأخصائية النفسية.

* كما تهتم بالبرامج الترفيهية، وتشارك المؤسسة بالإحتفال فى كل المناسبات الدينية والقومية وكذلك تنظيم الرحلات داخل المحافظة وخارجها للترفيه عن أبناء المؤسسة.

* تقوم المؤسسة بصرف المكافآت التشجيعية للعملاء ليكون حافزاً لهم على الإستمرار فى التدريب.

الخدمات الصحية:

توفر المؤسسة الرعاية الصحية لأبنائها ويتم صرف الدواء لمن يستحقه مجاناً.

الأقسام التأهيلية بالمؤسسة :

يتم تدريب عملاء المؤسسة بناء على توصيات لجنة قبول المعوقين بعد دراسة الحالة من الناحية الصحية والاجتماعية والنفسية والمهنية للعميل، كما يتم مراعاة رغبة العميل في التوزيع على الأقسام التالية :

الموسيقى == الجلود == الخيزران

كما تهتم المؤسسة بتعليم العملاء القراءة والكتابة بطريقة برايل، والجدول التالية توضح نشاط المؤسسة :

١ - جدول يوضح حالات المؤسسة تبعاً للأقسام المهنية:

القسم	الموسيقى	الجلود	الخيزران	المجموع
العدد	٥	٧	٢	١٤

جدول رقم (١٤)

٢ - توزيع العملاء تبعاً للإعاقة :

الإعاقة	كف كلي	كف جزئي	المجموع
العدد	٤	١٠	١٤

جدول رقم (١٥)

والى جانب التأهيل المهني للمكفوفين فإنهم يحصلون على برامج تعليمية تتفق مع الحالة الدراسية لكل منهم من خلال البرامج المقننة وبالإستعانة بالمدرسين المتخصصين في التدريس بطريقة برايل - كما تقوم المؤسسة بإلحاقهم بفصول التقوية وذلك بإستخدام الوسائل السمعية الحديثة ومعظم العملاء المتحقين بمؤسسة المكفوفين يتم في نهاية تدريسهم إلحاقهم بكليات الجامعة.

رابعاً : مؤسسة العلاج الطبيعي :

افتتحت مؤسسة العلاج الطبيعي عام ١٩٦٢ إستكمالاً لخدمات الجمعية وتوفير الرعاية الصحية للمواطنين الذين يحتاجون إلى خدمات العلاج الطبيعي من المصابين بالأمراض الآتية :

إلتهاب المفاصل ... عرق النسا ... شلل أطفال ... الشلل النصفي ...
شلل الوجه ... شلل المخ ... الشلل الإهترزى ... آلام العمود الفقري .

العاهات الناتجة عن الولادة المتعسرة في أطراف الأطفال، الآلام الناتجة عن الكسور بعد فك الجبس وغيرها من الأمراض التي يفيد فيها العلاج الطبيعي مثل علاج الكهرباء والعلاج المائي والتدليك الطبي .

وقد استطاعت المؤسسة كسب ثقة العملاء والمرضى المترددين عليها سواء المتقدمين بأنفسهم أو عن طريق الهيئات أو الشركات التابعة لها وقد بلغ عدد الحالات المتقدمة للعلاج خلال هذا العام ٢٤٥٦ حالة .

كما يقوم المركز بإجراء العلاج اللازم لكل حالة حسب ما يحتاجه ويستخدم المركز أحدث الوسائل الفنية للعلاج ومن الأجهزة المستخدمة في العلاج الألتراسونيك وجهاز الشورت ويف = الجلفانيك = العلاج المائي = الشمع ويعمل عليها نخبة من المتخصصين في العلاج الطبيعي .

وخلال هذا العام تبرعت السفارة الألمانية للمركز بجهاز شورت ويف . كما قامت بعض السيدات المهتمات بالعمل الإجتماعي بالتبرع لصالة الجيمنازيوم بعدد ثلاث دراجات ثابتة كذا عدد اثنين جهاز تقوية عضلات الأرجل والوسط بالإضافة إلى مجموعة من الكراسي لاستخدام المرضى . وفيما يلي بيان إحصائي يوضح ماتم بشأن الحالات ...

توزيع الحالات المتقدمة حسب ما تحتاجه من خدمات :

حالات تحتاج إلى علاج طبيعي	حالات تحتاج إلى أجهزة تعويضية	حالات تحتاج إلى علاج دوائي	حالات لا تحتاج إلى جهاز أو دواء	المجموع
١١٧٠	١٨٠	٤١٧	٦٨٩	٢٤٥٦

جدول رقم (١٦)

وبالنسبة للحالات التي تحتاج إلى أجهزة تعويضية فإنه يتم تحويلها
لكتاب التأهيل المهني التابعة للجمعية لاتخاذ إجراءات صرف الأجهزة
التعويضية اللازمة لهم.

الحالات المستفيدة من العلاج حسب نوع الخدمة المقدمة :

جلسات كهرباء	تدريبات علاجية	علاج بالشمع	علاج مائي	أخرى
٦١٨	٨٢٢	١١٥	١٣٠	١٢٥

جدول رقم (١٧)

ويلاحظ أن القائمين على العلاج بالمؤسسة والمنفذين له من أخصائيي
العلاج الطبيعي المؤهلين تأهيلاً علمياً عالياً ومن الكوادر المتقدمة ذات
الخبرات في هذا المجال.

حركة الحالات بالمركز خلال العام :

حالات علاج مباشرة	حالات تحتاج لعلاج طبيعي	المجموع	انتهت العلاج	تنتظر العلاج	تحت العلاج	حفظت	المجموع
٦٤٠	١١٧٠	١٨١٠	٥١٥	٢٩٥	٨٠٠	٢٠٠	١٨١٠

جدول رقم (١٨)

قسم العلاج الإقتصادى :

يقوم باستقبال المترددين عليه من الساعة الثانية ظهراً لخدمة الحالات التى تتعارض ظروف عملها والعلاج خلال الفترة الصباحية وقد تقدم للعلاج الإقتصادى خلال هذا العام ١٩٥ حالة.

والجدول التالى يبين الخدمة المقدمة لهذه الحالات حسب ما يحتاج من علاج :

نوع العلاج	جلسات كهربائية	تدريبات علاجية	أخرى	المجموع
للعدد	٩٥	٦٠	٤٠	١٩٥

جدول رقم (١٩)

ورغم أن الخدمة العلاجية بمؤسسة العلاج الطبيعى تؤدي على مستوى عالى من التقنية ومن خلال فنيين وأطباء متخصصين ذات كفاءة متميزة إلا أن الأصل فى تقديم الخدمة العلاجية يتم تبعاً للظروف الإجتماعية والإقتصادية للأسرة غير أن الحالات القادرة مادياً تساهم بأجور رمزية فى نفقات العلاج.

خامساً : مؤسسة التأهيل الفكرى :

افتتحت مؤسسة التأهيل الفكرى عام ١٩٦٢ بهدف رعاية الأطفال المتخلفين عقلياً وإجتماعياً ونفسياً ومهنياً وتتكون المؤسسة من قسمين :

- ١ - القسم الداخلى : يضم عملاء بنظام الإيواء الكامل.
- ٢ - القسم الخارجى : يضم العملاء لمزاولة الأنشطة والتدريب على مهنة خلال الفترة النهارية مع تسليمهم لأسرهم يومياً.

شروط القبول بالمؤسسة :

- ١ - تقبل المؤسسة الأطفال من سن ٨ إلى سن ١٨ سنة.

٢ - أن تكون نسبة ذكاء العميل من ٢٥ إلى ٥٠ درجة ويتم تحديد النسبة عن طريق الإحصائيين النفسيين.

٣ - أن يكون العميل غير مصاب بمرض معدى يخشى منه على باقى العملاء.

٤ - أن تكون الأسرة من محافظة الأسكندرية.

الخدمات التي تؤديها المؤسسة:

تقدم المؤسسة لأبنائها أساساً خدمة التأهيل الإحتتماعى، وكذلك الخدمات النفسية والطبية والعلاجية. بالإضافة إلى تدريبهم على كيفية التعامل النقدى والتمييز بين الألوان كما يتم تعليمهم العادات السليمة عن طريق الموسيقى والأنشيد، وكذلك تمويد العملاء على الطرق الصحية السليمة لمختلف الأعمال اليومية : الأكل وأدابه - النوم - الملبس - النظافة العامة، وكذلك إقامة الحفلات ومشاهدة برامج التلفزيون - الحلات التي يمكن من خلالها تعليم بعض الأشياء التي تساعد على فهم المجتمع والبيئة المحيطة.

وفيما يلى بيان إحصائى عن عملاء المؤسسة:

نسبة الذكاء	٢٥ - ٣٥	٣٦ - ٥٠	المجموع
الذكور	٢٤	٥	٢٩
خارجى	٢٩	١١	٤٠
المجموع	٥٣	١٦	٦٩

جدول رقم (٢٠)

جدول توزيع العملاء القابلين للتدريب بالأقسام المهنية:

القسم	نجاح	روامة	المجموع
داخلي	٢	١٢	١٤
خارجي	٧	١٤	٢١
المجموع	٩	٢٦	٣٥

جدول رقم (٢١)

ويلاحظ من الجدول السابق أن الأقسام المهنية لهذه الفئة تعتمد على التكرار والتدريب - وهذا يتناسب تماماً مع إمكانية إستيعاب هذه الفئة.

جدول توزيع الأفعال حسب فئات السن :

فئات السن	١٢ - ١٦	١٦ - ٢٠	٢٠ - ٢٤	المجموع
داخلي	١٦	١١	٢	٢٩
خارجي	١١	١٠	١٤	٤٠
المجموع	٢٧	٢١	١٦	٦٤

جدول رقم (٢٢)

سادساً : المركز الإنتاجي لتشغيل المعوقين:

هو إحدى مشروعات الجمعية حيث افتتح عام ١٩٦٤ بفرض إستكمال التدريب لبعض المعوقين ممن تدرّبوا بالقسم الداخلي بمؤسسة التأهيل المهني

أو الذين تدربوا بمعرفة مكاتب التأهيل المهني ويحتاجون إلى شيء من التكيف الإجتماعي وإتقان المهنة وإجادتها تمهيداً لإشتغالهم بالمصانع والشركات المتواجدة في البيئة المحلية ويعمل المركز على تلبية إحتياجات المواطنين والهيئات المختلفة من الأثاث والدواليب والأسرة والكراسي والمكاتب وغيرها حيث يتم التصنيع بأرقى المواصفات الفنية، والأسعار المدعمة حيث لاتتعدى أسعار المنتجات قيمة الخامات الداخلة في التصنيع رغم جودتها وإتقان تنفيذها.

وينقسم المركز إلى قسمين :

١ - نجارة الأثاث.

٢ - دهان الأستر.

يعمل المركز دائماً على تطوير الآلات والمعدات حيث يتمشى الإنتاج مع أحدث الموديلات حسب طلبات المواطنين.

الجدول التالي يبين العمالة بالمركز :

البيان	عمال بالاجر	إستكمال تدريب	تدريب مكاتب	المجموع
نجارة	٣	٢	٧	١٢
أستر	١	٣	٧	١١
المجموع	٥	٥	١٤	٢٤

جدول رقم (٢٣)

ويلاحظ من الجدول إستعانة مكاتب التأهيل المهني بالمركز لتدريب العملاء المتقدمين للمكاتب بأمل تأهيلهم على مهن ضمن تخصصات المركز.

سابعاً : مصنع الأطراف الصناعية والأجهزة الطبية التعويضية:

تمشياً مع التطور الدائم لجمعية التأهيل المهني في النهوض بمسئولياتها والمضي في تحقيق رسالتها وتلافياً لما كانت تعانيه من صعوبات عملية ومالية وفنية في سبيل الحصول على إحتياجات عملائها من الأجهزة الطبية والتعويضية فقد أخذت على عاتقها القيام بصناعة هذه الأجهزة بإعتبارها من أهم خدمات الإعداد الجسماني للمعوقين وبالفعل تم إنشاء مصنع الأطراف الصناعية والأجهزة الطبية التعويضية عام ١٩٦٦ ، ويشتمل المصنع على خمسة أقسام هي :

١ - قسم السيقان الصناعية البلاستيك.

٢ - قسم السيقان الصناعية الجلدية.

٣ - قسم أجهزة الشلل الثابتة والمتحركة.

٤ - قسم السروجية ويقوم بتصنيع الأحزمة والكورسيهات الطبية.

٥ - قسم الأحذية الطبية وأحذية التشوهات الخلقية.

وتتبع هذه الأقسام الرئيسية ورش فرعية تكميلية مثل البرادة والجلود والدهان ... إلخ.

ويمثل مصنع الأطراف إسهاماً من الجمعية في تخفيف الأعباء على المعوقين حيث يتم منحهم الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بدون مقابل للحالات الغير قادرة على المساهمة ومنسب بسيطة من التكلفة الفعلية للقادرين على المساهمة تبعاً للبحث الإجتماعي لكل حالة.

وهذه الأقسام تتعاون جميعها بصورة متكاملة في تصنيع وإنتاج الأطراف الصناعية الجلد والبلاستيك وأجهزة الشلل والأحذية الطبية والمكاييز الخشبية والمعدنية والأحزمة وغير ذلك من أنواع الأجهزة التي تلزم المعوقين وتيسر لهم الحركة والإنتقال ويقوم الفنيون بتصنيع تلك الأجهزة على أعلى درجة من الفنية والإتقان تحت إشراف طبيب متخصص من أطباء العظام والطب الطبيعي بحيث تصل الخدمة لمستحقيها بالجودة المطلوبة. ويمثل

مصنع الأطراف إسهاماً من الجمعية ف يتخفيف الأعباء على المعوقين حيث يتم منحهم الأجهزة التعويضية والأطراف الصناعية بدون مقابل للحالات الغير قادرة على المساهمة وينسب بسيطة من التكلفة الفعلية للفادرين على المساهمة تبعاً للبحث الإجتماعى لكل حالة.

وجدير بالذكر أن آلات المصنع هي منحة من ألمانيا الغربية كما صار تدريب العمالة الفنية على أصول الصناعة بألمانيا أيضاً وتفكر الجمعية حالياً فى تطوير هذا المصنع بالآلات الحديثة باعتباره من المشروعات الحيوية والهامة لمحافظة الأسكندرية كما أن المصنع على إستعداد لتلبية الطلبات بالأمر المباشر خاصة لمكاتب التأهيل المهني بالمحافظات الأخرى ووزارة الصحة والتأمين الصحى والشركات والهيئات.

ثامناً : نادى المسنين:

هو أحد المشروعات التى أسند للجمعية القيام بإدارته عام ١٩٨١ بهدف رعاية كبار السن من الجنسين والعمل على قضاء وقت الفراغ بطريقة مفيدة وبناءة. وذلك تقديرأ من الدولة وعرفاناً بما قدم هؤلاء من خدمات طبية لوطنهم كل فى موقعه.

شروط القبول بالنادى:

- ١ - أن لا يقل عن ستون عاماً للذكور وخمسون عاماً للإناث.
- ٢ - أن يكون طالب العضوية حسن السير والسلوك.
- ٣ - التعهد بعدم مخالفة التعليمات واللوائح المنظمة لعمل النادى.
- ٤ - تسديد رسم العضوية فى المواعيد المحددة لذلك.
- ٥ - موافقة لجنة الإشراف بالنادى على قبول العضو بعد تزكيته من اثنين من أعضاء النادى القدامى.

هذا ويتنسب للنادى حالياً ٢٦٣ عضواً وعضوة يزاولون أنشطتهم الإجتماعية والثقافية والدينية والترفيهية من خلال لجان النادى المشكلة لهذا الغرض وهى :

جدول يوضح مكان إنتاج منتج الأجهزة في الفترة من ١٩٨٧/٦/١ - ١٩٨٧/٦/٣١

مدين	مکان	مزارع قري								مجان صناعة		مكة	أجيرا	أجيرا	أجيرا <div>مطبخية</div>
		قري	قري	قري	قري	قري	قري	قري	قري	قري	قري				
٥٥	٧٤	-	-	٢	-	٢	-	-	٥	٨	٢٢	١٤	١٨		
٣٩٩	١١٢	٥	-	١٩	٥	-	-	١	-	١	٢٠	٣٢	٨٤		
٣٥١	١١٣	٥	-	٧	-	٢	١	-	١	٥	١٩	٣٩	٧٢		

ويلاحظ أن أجهزة النقل هي أكثر أنواع الأجهزة المطلوبة والمنتجة لديها السوائل الصناعية بينما يفتقر بلد المكان للمسا مثقوكا حيث يعرف كجهاز مساعد لبعض الحالات التي تستخدم أجهزة أخرى .

أ - لجنة النشاط الداخلى .. وتهتم بمتابعة إحتياجات مقر النادى من إصلاحات وصيانة والإطمئنان بوجه عام على سلامة المقر بحيث يكون دائماً فى المستوى اللائق.

ب - لجنة العلاقات الإنسانية .. وهى تهتم بمتابعة أحوال الأعضاء وزيارة المتخلفين منهم عن الحضور مع زيارة المستشفيات إن لزم الأمر لمعاودة المرضى منهم والمشاركة فى المناسبات المختلفة.

ج - اللجنة الدينية .. وهى تهدف إلى تنظيم عقد الندوات والمحاضرات الدينية والإشراف على تنظيمها وتنفيذها ... ومتابعة إصدار المجلة التى تعنى بالشئون الدينية.

د - اللجنة الثقافية ... وتهتم بإطلاع الأعضاء على المستجدات الثقافية وإصدار جريدة شهرية تعنى بالنواحي العلمية والفنية والثقافية العامة.

هـ - لجنة الرحلات .. وهى تقوم بوضع برنامج للرحلات ومتابعة تنفيذه خلال العام والمشاركة فى تنظيم هذه الرحلات والبرامج الترفيهية المصاحبة للرحلة وكذلك الإحتفالات فى المناسبات المختلفة.

وقد قام النادى هذا العام بالعديد من الأنشطة سواء فى الإحتفالات أو الرحلات أو الندوات الدينية والثقافية ومناسبات الأعياد ... وغيره من أوجه النشاط كما يتضح من الجدول الآتى :

النشاط	المسدد
الندوات	٤٨
الاحتفالات	١٥
الرحلات	١٦

جدول رقم (٢٤)

وفى الجدول التالى بيان يوضح العضوية عن عام ١٩٩٧ :

المجموع	إناث	ذكور
٢٦٣	١٨٥	٧٨

جدول رقم (٢٥)

ويتضح من الجدول السابق أن عدد العضوات من الإناث يزيد عن ضعف عدد الأعضاء من الذكور ويرجع ذلك إلى رغبة المرأة فى إستثمار وقت فراغها فى النشاط الترويحي والترفيهى خصوصاً بعد فقد العائل وإنهاء رسالتها فى زواج أبنائها ومعظم أعضاء النادى من الجنسين يمثلون قيادات سابقة فى مختلف الميادين العامة كالترية والتعليم والقوات المسلحة والهيئات والشركات العامة والخاصة.

تاسعاً : قسم علاج الأسنان والتركيبات :

تم إفتتاحه عام ١٩٨٧ بهدف علاج عملاء الجمعية وأسرههم الراغبين فى الإستفادة من هذه الخدمة العلاجية ويشرف على هذا القسم طبيب أسنان على درجة عالية من الكفاءة.

والقسم مزود بالأجهزة الحديثة والأدوات الطبية المتطورة مثل أجهزة التعقيم وجهاز شفط الدم علاوة على جهاز أشعة ويتم العلاج بأجور رمزية.

وفيما يلى بيان بعدد المترددين على قسم علاج الأسنان :

البيان	كشف	حشو	حشو عصب	خلع أسنان	حشوات	تركيبات	تنظيف	اسمه	أخرى	مجموع
العدد	٢٨٨	٢٧٢	٤٥	٤٢٠	٤٦	١٤٨	٩٩	١١٤	٤٨	١٤٨٠

جدول رقم (٢٦)

كما تم افتتاح معمل تركيبات الأسنان لاستكمال مشروع قسم الأسنان المتكامل لرعاية وعلاج المسنين ومن يحتاج لخدمات هذا القسم من العيادات والمستوصفات المتواجدة بالمنطقة.

وفيما يلي بيان بعدد التركيبات المصنعة بالمعمل :

نوع التركيبة	العدد
لقيم كاملة علوية وسفلية	١٣
لقيم جزئية علوية وسفلية	٨٢
تصلبات	١٢
كباري أسنان فردية إستانس	٧١
أسنان مؤقتة لأدوية	٥٣
المجموع	٢٨١

جدول رقم (٢٧)

وجميع خدمات قسم علاج الأسنان ومعمل التركيبات تقدم لجمهور المواطنين الراغبين في الاستفادة من خدماتها بإسهامات رمزية جداً في التكلفة الفعلية وذلك إسهاماً من الجمعية في تخفيف الأعباء العلاجية للمواطنين.

عاشراً : حضانة المعوقين :

افتتحت حضانة المعوقين في أواخر عام ١٩٩١ وهي تقبل الأطفال المعوقين من الجنسين في السن من ٣ سنوات وحتى ٧ سنوات بغرض تدريبهم على المشي وكيفية إستخدام الأجهزة التعويضية مع تقوية حاسة اللمس بالنسبة للمكفوفين والإعتماد على النفس منذ الصغر.

وتقدم الحضانة للأطفال المتحقين بها الرعاية الصحية والإجتماعية والنفسية ويشرف عليها أخصائيات مدربات على العمل مع هذه الفئة كما يتم تقديم وجبة غذائية بالإضافة إلى البرامج الترفيهية الترويحية اليومية علاوة

على الرحلات بغرض التكيف مع المجتمع الخارجي، وقد تم إفتتاح فصل جديد خاص بضعاف السمع وعيوب النطق لتدريبهم على الكلام وتقوية حاسة السمع وهو مزود بالأجهزة الحديثة اللازمة لتأهيل هذه الفئة.

كما تم إفتتاح قسم خاص بضعاف السمع وعيوب النطق للغة السنية أكبر من سبع سنوات، ومن الأطفال الذين لا تسمح ظروفهم بالانتظام في الفترة الصباحية وذلك في فترة مسائية تبدأ من الساعة الثانية بعد الظهر نظير أجر رمزي زهيد وذلك تحت إشراف أخصائيات متخصصات في هذا النوع من الرعاية.

وفي خلال هذا العام قام شسباب ووتاركت إسكندرية فرع كوزموبوليتان بعمل مظلة كبيرة أعلى سطح الحضانة وتم تسويرها وتجهيزها بالألعاب المختلفة والمناسبة لأطفال الحضانة.
توزيع الأطفال حسب نوع العجز :

الامالة	خلل	تخلف	صموية نطق	ضعف سمع	المجموع
المعد	٥	٦	١١	٥	٢٦

جدول رقم (٢٨)

توزيع الأطفال حسب السكن :

المنطقة	محرم بك	الحضرة	الزمل	القياري	المجموع
المعد	١١	٥	٤	٦	٢٦

جدول رقم (٢٩)

جدول يوضح النشاط الترفيهي لأطفال الحضانة خلال هذا العام :

حفلة	رحلة	المجموع
٨	٤	١٢

جدول رقم (٣٠)

الحادى عشر : مركز التدريب والإنتاج للتصدير:

تمشياً مع سياسة الدولة فى تشجيع المعوقين على مستوى الجمهورية ودفعهم إلى تحسين الأداء الوظيفى على المهن التى تم تأهيلهم عليها - وإستمراراً لسياسة الجمعية فى هذا المجال وإمتثالاً لخطة الشئون الإجتماعية بتصدير منتجات المعوقين إلى دول العالم فقد قامت الجمعية من خلال مركز التدريب والإنتاج للتصدير بتطوير العملية الإنتاجية وإلحاق العديد من حالات المعوقين القادرين على العمل المتميز ومد المركز بالكوادر المتخصصة فى كل مراحل الإنتاج مما كان له الأثر الفعال فى جودة المنتج وإعادة طلب الدول الخارجية للنماذج التى تم تصديرها من قبل.

وقد قام المركز خلال هذا العام بإنتاج الكثير من قطع الأثاث المتطورة ويتم تصدير المنتجات وتسويقها بمعرفة وزارة الشئون الإجتماعية لكل من فرنسا ولندن والإمارات والسعودية وبعض الدول الأخرى.

ويقوم المركز بإتتهاج سياسة جديدة أقرها مجلس إدارة الجمعية وهى قبول الراغبين فى تعلم المهن التى يضمها المركز من الشباب مساعدة من الجمعية فى القضاء على البطالة وشغل أوقات الشباب.

ويقوم المركز أيضاً بالإضافة إلى تصدير المنتجات للدول المذكورة بعرض هذه المنتجات للبيع فى السوق المحلى وبأسعار التكلفة الفعلية.

الثانى عشر : العيادة الطبية لمؤسسة التأهيل الفكرى:

افتتحت العيادة الطبية فى أغسطس عام ١٩٩٢ ، والغرض من إنشائها تقديم الخدمات الطبية لأبناء المؤسسة وأسره كذا تقديم الخدمات لأهالى المنطقة بأسعار رمزية وتعمل العيادة فترتان صباحية ومساءلية وهى مزودة بالأجهزة الطبية الحديثة ويشرف عليها أطباء متميزون.

وتقوم العيادة حالياً بدورها فى تقديم الخدمات الطبية للمجتمع المحلى على أرقى مستوى كما تقدم خدماتها للمعوقين الملتحقين بمؤسسة التأهيل الفكرى وأسره.

الثالث عشر : مكتب العلاقات العامة وخدمة المعوقين:

قامت الجمعية فى يناير عام ١٩٩٤ بإفتتاح مكتب العلاقات العامة وخدمة المعوقين «ومقره ٥ شارع المأمون - المتفرع من الرصافة - محرم بك» وذلك إيماناً من الجمعية بأهمية الخدمات المعاونة المبنية على البحث والدراسة لمعرفة كل مايحيط بالمعوق من مشكلات والعمل على حلها بالإتصال المباشر بالشركات والمؤسسات ومحال التدريب ... وبوجه عام يهدف المكتب إلى :

- ١ - بحث شكاوى المعوقين والرد عليها.
- ٢ - التنسيق بين مكاتب التأهيل المهنى لعدم تكرار الخدمة.
- ٣ - حصر الحالات التى تم تشخيصها ومتابعتها.
- ٤ - حصر المصانع والورش المتوفرة فى البيئة المحلية والإستفادة منها فى التدريب والتشغيل.
- ٥ - عمل دراسات جدوى لبعض المشروعات التعاونية والتى يمكن تنفيذها بعدد من المعوقين فى مهنة معينة.
- ٦ - إعداد التقارير اللازمة عن النشاط.
- ٧ - العمل على توعية أسر المعوقين بكل مايبهم المعوق وكيفية التعامل معه.
- ٨ - إجراء البحوث والإستفتاءات للتعرف على إحتياجات المعوقين ورغبتهم.
- ٩ - إعداد وتسليم كارتنيهاات ركوب المواصلات للمعوقين.
- ١٠ - إعداد وتسليم كارتنيهاات الفنون والمسرح للمعوقين والخطابات التى تسهل للمعوقين قضاء مصالحهم فى الجهات المختلفة.
- ١١ - الإتصال بالهيئات والوزارات المختلفة التى يمكن أن تتعاون فى عمل التسهيلات اللازمة للمعوقين.

النشاط العام للمكتب

- ١ - قام مكتب العلاقات العامة وخدمة المعوقين في الفترة ما بين ١٩٩٧/١/١ - ١٩٩٧/١٢/٣١ . باستقبال عدد ٧٠٠٦ حالة من المعوقين كما يتضح من الجدول الآتي:

العدد	البيان
٥٤١٥	تقدمت بفرض للتسجيل للحصول على كارتنيه لركوب المواصلات التابعة لهيئة النقل العام .
٣٥١	تقدمت بفرض مساعدتها في الحصول على بطاقة عروض قطاع الفنون .
٣٢٦	تقدمت بفرض مساعدتها في الحصول على ممكن .
١٠١	تقدمت بفرض مساعدتها في الحصول ترخيص كذك من الحي .
٨١	تقدمت بفرض الحصول على خطابات توصية للعمل بالشركات .
٧٣٢	تقدمت لافراض أخرى .
٧٠٠٦	مجموع المتقدمين

جدول رقم (٣١)

٢ - الشكاوى والإلتعاسات التي وردت للمكتب :

ورد للمكتب هذا العام عدد ٤٣ شكاوى حيث تم إستعراض أسبابها وتم الرد على عدد ٢٠ شكاوى واردة من مديرية الشؤون الإجتماعية وتم بحث عدد ٢٣ شكاوى خاصة بالأفراد المتقدمين بأنفسهم للمكتب حيث تم إزالة أسباب تلك الشكاوى.

٣ - وفيم يختص بالمتابعة الميدانية للمستفيدين قام المكتب بمتابعة ١٠٣ حالة بمقر العمل بالشركات والمؤسسات المختلفة حيث تم التعرف على أحوالهم وإستقرارهم وتكيفهم مع المحيطين بهم وكان لذلك أثره في رفع الروح المعنوية للمعوقين والإطمئنان عليهم.

والجدول التالي يوضح الحالات التي قام المكتب بمتابعتها بجهة العمل.

البيان	للشركات	تربية وتعليم	للحدايات والرياضة	مستشفيات	أخرى	مجموع
المعد	٢١	٢٨	٥	٢	٤٧	١٠٣

جدول رقم (٣٢)

٤ - قام المكتب بمتابعة الإحصائيات الشهرية وتفرغ بياناتها وإعداد الجداول الإحصائية لنواحي النشاط بمكاتب التأهيل المهني للإستفادة بها عند الحاجة.

٥ - كما قام المكتب بإصدار العدد الأول من صحيفة الحائط بإسم الهدف والحياة الطبيعية حتى لكل معوق، وهى صحيفة تعنى بالأخبار والتعليمات والقرارات والموضوعات التى تهم المعوقين وتيسر لهم قضاء مطالبهم.

٦ - تم الإنصال بالجهات المختلفة لعمل تسهيلات للمعوقين مثل شركة المعمورة للإسكان والتعمير حديقة قصر المنتزة - الحديقة الدولية - حدائق النزهة - وقد تم الحصول على الموافقة على دخول المعوقين مجاناً لهذه الأماكن.

كما قام المكتب بعمل لوحات إرشادية لتعريف المعوقين بالتييسيرات التى تقرر وتوزيعها وعرضها بمقار مكاتب التأهيل المهني لتعريف المعوقين بتلك التيسيرات.

كذلك تم الإنصال بالسيد الدكتور وكيل وزارة الصحة بالإسكندرية حيث تمت الموافقة على علاج المعوقين حاملى بطاقة إثبات شخصية المعوق مجاناً بجميع المستشفيات التى تتبع وزارة الصحة.

٧ - تم تغليف جميع كارتنيهاات المواصلات قبل تسليمها للعملاء كما تم تغليف عدد ٢١٣١ بطاقة إثبات تحقيق شخصية للمعوقين وارادة من مكاتب التأهيل المهني. هذا بالإضافة إلى إعداد وتحرير

كشوف هيئة النقل العام ومديرية الشؤون الاجتماعية وتوريد المبالغ المقررة لقسم الاشتراكات بهيئة النقل العام ويقوم المكتب حالياً بالإعداد لإصدار مجلة دورية للتوعية بمشكلات المعوقين والخدمات المتاحة لهم.

الرابع عشر : مركز تطوير الأداء والتخاطب الإداري:

كان من الطبيعي بعد التوسع الكبير في فروع الجمعية ومؤسساتها ومكاتبها وفي ظل العدد الهائل من المترددين للاستفادة من خدمات الجمعية التفكير في تنفيذ مشروع تطوير الأداء الوثائقي والتخاطب الإداري وذلك بتحويل من هيئة المظلة الأمريكية (المجلس القومي للسيدات الزنجيات) وكان نتيجة لتنفيذ هذا المشروع إنجاز الآتي :

- ١ - إنشاء قسم للحواسيب الآلية يقوم بتدريب كافة العاملين بفروع الجمعية والهيئات الراغبين في تدريب العاملين بها في دورات متلاحقة.
- ٢ - تغذية الحواسيب الآلية بكافة بيانات شئون العاملين بالجمعية وفروعها . كما يتم إستخراج كشوف المرتبات الشهرية عن طريق الأجهزة بالقسم وقد تم تخزين بيانات مخازن الجمعية وفروعها تسهيلاً للعمليات المخزنية وضماناً لحسن سير العمل.
- ٣ - تخزين بيانات عملاء مكاتب التأهيل بالحواسيب الآلية لسهولة التعامل ومنعاً لإزدواجية الخدمة.
- ٤ - يقوم المركز بحمل دورات الكمبيوتر والتدريب على التعامل مع الحاسبات الآلية لشباب المثقفين من المعوقين ولكل من يرغب في الإستزادة من الدورات المتخصصة والمتقدمة في هذا المجال علاوة على إستحداث قسم خاص بالترجمة وكتابة الرسائل العلمية لأساتذة الجامعة وغيرهم من الراغبين في ذلك وقد تم عقد دورات تدريبية متنوعة في مجال الكمبيوتر خلال هذا العام وفيما يلي بيان بنشاط المركز هذا العام.

البيان	Des	Windows	Winword	Lotus	Excel
للتقنيين من داخل الجمعية	٣٠	١٤	٤	١٤	١٤
للتقنيين من خارج الجمعية	٦٥	٤٠	٨	-	١٨
للتقنيين من مديرية الشؤون الاجتماعية	٨	٨	٨	-	٨
مجموع للتقنيين	١٠٣	٦٢	٢٠	١٤	٤٠

وبما يذكر أن المركز قام بتنظيم دورات تدريبية متخصصة في مجال رعاية المعوقين حيث تم تنفيذ دورات للعاملين في مجال الإعاقات الجسمية وأيضاً دورات لأولياء أمور المعاقين عقلياً - وفي خطة المركز المستقبلية تنظيم دورات متخصصة في كافة المجالات بالتعاون مع مديريات الخدمات بالمحافظة.

الخامس عشر : النادى الثقافى الإجتماعى بالسيف:

قامت الجمعية فى عام ١٩٩٥ بإفتتاح النادى الثقافى الإجتماعى لشباب منطقة السيف من الجنسين سواء المعاقين أو غيرهم لممارسة كافة الأنشطة الترفيهية والإجتماعية والثقافية، وكذلك التدريب على الحرف البسيطة وضم النادى ٣٩٠ عضو (ثلاثمائة وتسعون عضواً) عاملاً من شباب المنطقة وخلال هذا العام قام النادى بالعديد من الأنشطة سواء الإجتماعية أو الثقافية أو الرياضية أو الرحلات حيث تم الإشتراك فى الدورة الرياضية التى نظمتها الإدارة العامة للأندية الثقافية والإجتماعية، وقد حصل النادى على المركز الأول فى المسابقة الثقافية والمركز الثالث فى كرة القدم والمركز الثانى فى الكاراتيه.

بالإضافة إلى قيام النادى بالعديد من الرحلات، وكذلك تبادل الزيارات مع الأندية المختلفة كما قام النادى بعمل دورة تدريبية للخياطة.

جدول يوضح نشاط النادى خلال العام:

البيان	رحلات	دورات رياضية	حفلات	ندوات وإجتماعيات	معسكرات
المصدر	٤	٤	٥	٣	٣

جدول رقم (٣٤)

ثانياً : عرض نماذج للمؤسسات رعاية المعوقين فى القاهرة (١٠)

أولاً : مؤسسات رعاية الكفوفين :

جمعية النور والأمل :

عنوانها : ١٦ شارع أبو بكر الصديق .

والجمعية ترعى الكفيفات عن طريق برامج للتأهيل المهنى كما أن بها مدرسة نظامية لمن فى سن التعليم .

ويشترط للإلتحاق بها أن تكون البنت كفيفة والسن لم يتجاوز ٢٥ سنة .
وبها قسم لتدريب الكفيفات ومدرسة خاصة بهن .

أما أنواع الحرف التى تدرب عليها الكفيفة فهى السجاد والخيزران وتبسة وتغليف . ومدة التدريب عامين ويخرج منها ٢٠ طالبة سنوياً .

وتهتم الجمعية بالنواحي الصحية والاجتماعية إلى جانب التأهيل المهنى .
أما المدرسة فتبدأ من المرحلة الابتدائية للبنات حتى المرحلة الثانوية .

مؤسسة السيدة نفيسة لفاقات البصر :

عنوانها : ٢٢ ش أنس حلوان .

تهتم برعاية فاقات البصر وتأهيلهن ، وتعتبر مدرسة إيوائية .

تاريخ إنشائها : سنة ١٩٥٢ .

أقسامها : مدرسة وقسم للتأهيل المهنى .

وشروط القبول بها أن تكون البنت كفيفة وسنها جاوز سن التعليم .
وعدد سنوات التدريب ٦ سنوات .

وتقدم المؤسسة رعاية صحية واجتماعية ومهنية وبرامج للترويح ، ويعادل التعليم فيها المرحلة الابتدائية . وتلتحق الكفيفات بعد التخرج بالمصانع المختلفة .

(١٠) راجع : عطيات ناشد، عبدالفتاح حسان، الرعاية الاجتماعية للمعوقين، كلية الأجلو المصرية، القاهرة، ١٩٦٩ .

معهد الكفايات المسيحيات الأخرى:

العنوان : ٢٦ ش الجلاء.

ويهتم برعاية الكفايات المسيحيات وتعليمهن.

أما أقسامه فمدرسة وقسم لتعليم المشغولات الفنية بأنواعها المختلفة.

وشروط القبول به أن تكون البنت في السادسة من العمر عند الالتحاق مع شرط الفقر واليتم. وتقبل الطالبات بعد بحث إجتماعي للحالة.

ويقدم المعهد خدمات تأهيلية للتدريب على الحرف المختلفة. وأيضاً يقوم برعاية الكفايات صحياً وإجتماعياً ومهنياً ورياضياً.

وبعد حصول الكفايات على شهادات التأهيل والتعليم الابتدائي يلتحقن بالعمل في المصانع، وبعضهن في مراحل تعليم أعلى كما هو الحال في جمعية النور والأمل.

جمعية الكرم القبطية:

عنوانها : ٤ ميدان المستشفى شبرا مصر.

وظيفتها : إيواء ورعاية المكفوفين المسيحيين.

أما أقسامها فمدرسة ابتدائية للتعليم وأقسام للتأهيل المهني وتخدم الجمعية الجمهورية بأكملها حيث أن بها قسم داخلي.

ولقد افتتحت الجمعية فصول للتعليم الإعدادي والثانوي. كما أن برامج التأهيل بها متنوعة حسب إحتياجات البيئة.

وتقوم الجمعية بنشاط إجتماعي وصحي للمكفوفين.

الجمعية المصرية لرعاية الكفايات:

عنوانها : شارع محطة القبة.

والجمعية إيوائية وتقدم خدمات تأهيلية وتعليمية.

وبالجمعية مدرسة إبتدائية إلى جانب برامج تأهيلية. وتلتحق الخريجات بمدارس التعليم الأعلى بعد إستكمال المرحلة الإبتدائية أو بالمصانع المختلفة بعد إنتهاء برامج التأهيل.

ثانياً : مؤسسات الصم والبكم :

الجمعية المصرية للصم والبكم:

عنوانها : ٢١ ش أبو بكر الصديق بمصر الجديدة.

أنشأت هذه الجمعية فى ديسمبر سنة ١٩٦٥ بفرض رعاية وتأهيل طائفة الصم والبكم. وهى مؤسسة إيوائية بها أقسام للآلة الكاتبة والنجارة والجلود والترىكو والتفصيل.

وتخدم الجمعية القاهرة وضواحيها وبها أقسام للآلة الكاتبة والنجارة والجلود والترىكو والتفصيل.

وتقدم المؤسسة خدمات إجتماعية وصحية وتربوية ومهنية ويخدم خريجها البيئة، ويلحق البعض بالمصانع.

معهد الأمل بالمطرية للبنات:

يقع فى شارع الكامل بالمطرية.

ولقد أنشئ هذا المعهد سنة ١٩٤٤ بفرض تعليم الصم والبكم بالمرحلة الابتدائية. وتعتبر مدرسة إيوائية للأطفال من سن ٦ - ١٢ سنوات أما مدة التدريب به فأربع سنوات. والمؤسسة رعاية إجتماعية - فنية - مهنية وبرامج خدمة جماعية.

مركز السمع بياب اللوق :

يقع فى شارع محمد صدقى بياب اللوق.

ولقد أنشئ هذا المركز سنة ١٩٥٨ ويتبع وزارة الصحة. ويقدم خدمات علاجية كآلات ضعف السمع. ويقدم خدمات وقائية بالكشف على طلبة المدارس الابتدائية لإكتشاف حالات ضعف السمع التى تحتاج لرعاية خاصة.

وتقتصر خدمات المركز على طلبة المدارس الحكومية. ويعمل المركز حالياً للتوسع فى خدماته حتى تشمل المدارس الخاصة.

وتصرف السماعات لطلبة المدارس بعد بحث إجتماعى لتقدير إمكانيات الأسرة الاقتصادية ومساهمتها فى ثمن الجهاز.

ثالثاً : مؤسسات نوعية تخدم قطاع الأمراض:

جمعية أصدقاء مرضى القلب والروماتيزم بالهرم:

مقر الجمعية شارع الهرم - القاهرة.

أنشأت هذه الجمعية سنة ١٩٥٨ بغرض علاج مرضى روماتيزم القلب وتأهيلهم مهنيًا وروعايتهم إجتماعياً وثقافياً.

والمؤسسة إيوائية. وبها قسم طبى وقسم للتأهيل ومدرسة للتعليم كما أن بها قسم للبحث الإجتماعى.

ويقدر عدد المستفيدين بخدمات المؤسسة بحوالى ٢٠٠ فرد سنوياً. وعدد سنوات التدريب تمتد لثلاث سنوات. والعمر الأقصى للبقاء بالمؤسسة لسن ١٦ سنة.

المؤسسة العامة لتأهيل المحاربين:

مقرها ٢٨ شارع العجوزة وتتبع جمعية المحاربين القدماء وضحايا الحرب. وتعتبر المؤسسة تابعة لوزارة الحرية. وتقوم المؤسسة بالعلاج الطبيعى والتأهيل المهنى وتقديم أطراف صناعية. كما تقدم خدمات إجتماعية وصحية وتعليمية تعادل المرحلة الابتدائية.

وتخدم المؤسسة والأقطار الشقيقة. وتتبع المؤسسة مركز تأهيل المحاربين بالعجوزة. وهو معد على أحدث طراز.

معهد شلل الأطفال بالمنيرة:

وظيفته علاج أمراض شلل الأطفال. وقد أنشئ سنة ١٩٥٦ ويوجد به أقسام عدة وعيادة داخلية وأخرى خارجية.

وعدد من تخدمهم المؤسسة ٣٦ بالقسم الداخلى وما بين ٣٠٠ - ٣٥٠ حالة بالقسم الخارجى.

وتخدم المؤسسة الجمهورية بأكملها وتقبل من يقل سنه عن ١٢ سنة بشرط كونه مريضاً بشلل الأطفال.

مؤسسة يوم المستشفيات لتأهيل المعوقين (٥):

العنوان : آخر شارع بستان الخشاب - جهة القصر العيني.

إنشاء المؤسسة:

فى عام ١٩٥٢ بدأت أول تجربة رائدة فى ميدان تأهيل المعوقين بإنشاء أول مكتب تجريبى حكومى لرعاية وتوجيه ذوى - العاهات وتسيير تدريبهم ومعاونتهم فى التشغيل وتتبع حالاتهم لحين الإستقرار فى العمل - وخدمات هذه المؤسسة تقدم للعملاء بالإستعانة بما فى البيئة من هيئات حكومية وأهلية.

وفى منتصف عام ١٩٥٣ قررت الوزارة إنشاء مركز التأهيل للمعوقين عملاً بروح المادة ٤٢ من قانون الضمان الإجتماعى وتعتبر هذه المؤسسة أول هيئة فنية للتأهيل المهنى فى مصر وأخذت ومازالت ترعى مشكلة المعوقين وفق الأسس العلمية لبرامج التأهيل الإجتماعى للمعوقين.

ولايفوتنا أن نشير إلى القانون رقم ١٩٥٩/٩١ الذى صدر لصالح تشغيل ذوى العاهات والعاجزين فى مصالح الحكومة بنسبة ٢١ ، ٢٢ فى الهيئات وقد أتاح القانون الفرصة لعدد كبير من ذوى العاهات للعمل فى جميع المصالح الحكومية والأهلية بشرط حصولهم على شهادة التأهيل المهنى تمنحها المؤسسة طبقاً للقانون.

مكونات المؤسسة:

أولاً : مركز التأهيل :

ويشترط فيمن يخدمهم المركز أن يكون سنهم ما بين الثانية عشر والثامنة عشر وأن تحول ظروفهم البيئية والحالة الصحية والإجتماعية دون إستفادتهم من التدريب وهم مقيمون فى البيئة ولذلك فهم يقبلون المركز يقدم لهم مختلف خدمات الرعاية الإجتماعية والصحية والمهنية والثقافية.

(٥) أحمد السهنورى، وآخرون، ممارسة الخدمة الإجتماعية مع الهيئات الخاصة، مركز السوق الريادى،

جامعة حلوان، ١٩٩٨، ص ١٠٠ - ١٠٧.

أقسام المركز :

١ - قسم التدريب المهني:

يضم هذا القسم الورش المهنية التي يدرب فيها العملاء على المهن التي وجهوا إليها نتيجة للإختبارات والفحوص النفسية والطبية والاجتماعية والمهنية وتستمر تدريبهم على هذه المهنة حتى يثبت مقدرتهم على أدائها.

كما يستعين المركز أحياناً بورش أخرى خارجية لتدريب عملائه إذا لم تكن المهنة ضمن المهن الموجودة بالمركز مثل إصلاح التليفزيون وبيان الورش الموجودة بالمركز هي :

١ - النقش والزخرفة ودهان الأثاث.

٢ - النجارة.

٣ - السروجية.

٤ - السمكرة.

٥ - الترزية والقمصان.

٦ - الصباغة التقليدية.

قسم التعليم العالي:

يضم القسم ثلاث فرق دراسية مستوى المرحلة الأولى وذلك لتزويد أبناء المركز بالمعلومات والتعليم الأساسي والثقافة العامة التي تكون سنداً لهم في حياتهم العملية. كما يضم القسم مكتبة للمجلات والكتيبات السهلة والصحف اليومية يتردد عليها الأولاد في أوقات فراغهم تحت إشراف المتخصصين.

النشاط الاجتماعي والرعاية الداخلية:

يرعى المركز أبناءه طوال فترة إقامتهم من مختلف الوجوه ولذلك عين بتخصيص رئيس للمركز وأخصائية إجتماعية للإشراف على رعايتهم الداخلية وتوجيههم التوجيه المناسب الذي ينمى فيهم روح الاعتماد على النفس والتعاون وحل مشاكلهم بطريقة الحكم الذاتي الذي يفرس فيهم روح

الديمقراطية السليمة.

والأبناء مقسمون إلى أسر ولكل أسرة رئيس يشرف عليها - ومن بينهم لجنة مكلفة بالمحافظة على النظام بين الأبناء وحل مشاكلهم البسيطة وهم يمثلونهم في الاجتماعات - وتقيم الأسر حفلات سمر دورية يقدمون فيها نشاط ترويحي وتمثليات. كما أن لهم مقصف يديرونه بأنفسهم ويساهمون في رأسمالة لينمى لدى الأبناء التعاون مع الغير والشعور بالكيان الإجتماعي.

وينظم المركز حفلات لأبنائه ورحلات ثقافية ومعسكر صيفي كل عام، كما يقدم لهم حفلات سينمائية تعرض فيها الأفلام الثقافية والصحية والترويحية.

ثانياً : مكتب التأهيل المهني :

يقوم المكتب بدراسة الحالات المتقدمة للتأهيل سواء منهم إلى رعاية المركز أو غيرهم ممن لا يحتاجون إلى رعاية داخلية دون التقيد بالسن أو الجنس مادام الشخص قادراً على العمل.

* خطوات الدراسة :

١ - البحث الإجتماعي :

ويقوم به الإخصائي الإجتماعي ويهدف إلى دراسة الحالة الإجتماعية للعميل وقت تقدمه للمؤسسة ودراسة تاريخه المهني - كما تهتم بدراسة الحالة الإجتماعية والإقتصادية للعميل وكذلك التاريخ المرضي لها، سنة عند حدوث العاهة وظروفها وعلاجها.

كما يقوم الإخصائي من زيارة بيئة العميل والتعرف على العلاقات السائدة وتخفيف الضغوط النفسية التي تسببها العاهة ويعتبر الإخصائي الإجتماعي محور العمل إذ يتجمع عنده جميع التقارير الخاصة بالعميل سواء النفسية أو المهنية أو الطبية وهو الذي يتعامل مع العميل أكبر فترة خلال عملية التأهيل.

٢ - الفحص الطبي والإعداد البدني :

يقوم به طبيب أخصائي والغرض منه التحقق من حاجة العميل إلى خدمات التأهيل وصلاحيته لها وذلك بالكشف الطبي وتحديد نوع ونسبة العجز. كما يبين الفحص الطبي مدى إمكان التحسن في الحالة أو العمليات الجراحية أو تزويد العميل بالجهاز التعويضي المناسب والذي يهدف إلى تعويضه بقدر الإمكان عن القدرة الجسمية التي فقدتها نتيجة العاهة.

٣ - الفحص النفسى:

ويقوم به الإخصائى النفسى ويهدف إلى الإرشاد النفسى ومحاولة الحد من الإضطراب النفسى الذى ينتاب الفرد نتيجة العاهة وهدفه الأساسى التوجيه المهنى للعميل باختيار أنسب مهنة له على أساس الفحوص السابقة وإجراء إختبارات الذكاء والقدرات والإستعدادات والمهارات والميول الشخصية وينتهى من هذا إلى كتابة تقرير يختتمه بالتوجيه المهنى.

٤ - التوجيه المهنى:

ويقوم به الإخصائى المهنى وهى آخر مرحلة من مراحل الدراسة ومهمة الإخصائى هذا عبارة عن إختيار أنسب المهن التى تتناسب مع العميل كما أنه يذكر رأيه فى مدى رواج هذه المهنة فى السوق ومدى إمكانية تشغيل العميل.

٥ - رسم خطة التأهيل:

(أ) تعرض الحالات بعد ذلك على لجنة لتقرير قبول العميل كعاجز وتختص هذه اللجنة بفحص طلب التأهيل المهنى الذى يتقدم بطلب القبول بهذه المنشآت، تطبيقاً لنموذج معين، وتجتمع هذه اللجنة مرة كل أسبوع تعرض عليها الحالات. كما أنها تقوم بالتوجيه نحو أنسب المهن فى ضوء التقارير التى تعرض عليها نتيجة مراحل الدراسة السابقة.

(ب) التدريب :

توجه الحالات بعد ذلك للتدريب على المهنة المختارة - المناسبة للعمل حسب إمكانياته البدنية والعقلية وسواء يتم هذا التدريب داخل الورش الموجودة بالمركز أم فى البيئة الخارجية.

(ج) منح الشهادات :

بمقتضى القانون رقم ١٩٥٩/٩١ تجتمع لجنة منح الشهادات مرة كل أسبوعين لعرض الحالات التي أُنمت التدريب عليها لتقرير منحها شهادات التأهيل. وتشكل اللجنة من :

١ - مدير أو رئيس الهيئة أو المنشأة.

٢ - أخصائي الصناعات بالهيئة.

٣ - طبيب الهيئة.

٤ - رئيس قسم التأهيل المهني بمديرية الشؤون الاجتماعية.

٥ - طبيب الأمن الصناعى يختاره مدير مديرية العمل.

٦ - ممثل مديرية العمل فى شئون القوى العاملة يختاره مدير مديرية العمل.

(د) التشغيل :

بعد منح العميل شهادة التأهيل يتوجه إلى مكتب القوى العاملة الواقع فى نطاق سكنه ليسجل فى سجل قيد العجزة المؤهلين ثم يروح للعمل بموجب القانون فى المصانع والشركات بنسبة ٧٥ ٪ من مجموع العمال.

كما أن المكتب يعاون عملاءه بالبحث لهم عن أماكن للعمل عن طريق أخصائى التشغيل. ويستمر تتبع العميل لفترة معينة حتى يثبت إستقراره فى عمله.

ثالث : قسم الإعداد البدنى :

ويتكون القسم من وحدتين وهما :

(أ) قسم الأجهزة التعويضية :

ويقوم هذا القسم بتزويد المواطنين بالأجهزة التعويضية اللازمة لهم كوسيلة من وسائل الإعداد البدنى وإستعادة القدرة الجسمية والأجهزة أنواعها مختلفة مثل (أرجل - أجهزة شلل - أجهزة طبية - أطقم أسنان - نظارات عيون - سماعات أذن - دراجات - أفرع صناعية ... إلخ).

(ب) قسم العلاج الطبيعي :

افتتح هذا القسم في ديسمبر عام ١٩٦٤ إبتكمالاً لخدمات التأهيل ويقوم بعلاج الحالات التي هي في حاجة إلى هذا النوع من العلاج مثل شلل الأطفال وحالات نسيب المفاصل والروماتيزم والإنزلاق الغضروفي والشلل النصفي وشلل الأطراف.

ويقوم بالكشف على المرضى أطباء متخصصين في جراحة العظام وشلل الأطفال والطب الطبيعي، كما يقوم بالعلاج أخصائيين متخصصين في العلاج الطبيعي، والقسم يشمل على قاعة كبيرة لتدريبات علاجية مجهزة بالأجهزة اللازمة وقسم العلاج الكهربائي مزود بأحدث الأجهزة الكهربائية.

رابعاً : المصنع الخاص :

في عام ١٩٦٣ عهدت الوزارة إلى المؤسسة إنشاء مصنع التشغيل ذوى العاهات غير القادرين على العمل في المصانع العادية حتى تتاح لهم الفرصة ليعملوا ويتجوا ويربحوا من هذا المصنع الذى يسمى بالمصنع المجمعى أو المصنع الخاص. وبالمصنع أربع ورش - للسجاد والجلود والتجارة والمعادن. وينتج المصنع منتجات لا تقل فى الجودة عما تنتجه المصانع العادية. ويحصل العامل على أجره من المصنع حسب إكثانياته فى العمل وإنتاجه على السواء.

كما يحصل على رعاية إجتماعية وطبية ويفحص بمعرفة لجنة مهنية طبية كل ثلاثة أشهر حتى إذا ما أصبح قادراً على العمل فى المصانع العادية منح شهادة التأهيل وتولى الإخصائيون تشغيله وتبنيه إلى أن يثبت إستقراره فى عمله.

جمعية التنمية الفكرية لضعاف العقول

أهم المؤسسات التابعة لها :

وحيث أن جمعية التنمية الفكرية من أهم الجمعيات التى تعمل فى مجال التأهيل الإجماعى للمعوقين ويتبعها سبعة فروع فقد دعمت الوزارة

الجمعية لمساعدتها على تطوير أنشطتها حتى تستطيع أن تؤدي خدماتها على الوجه الأكمل للأبناء. وفيما يلي أهم الإنجازات :

أولاً : مؤسسة التثقيف الفكري بالجزيرة :

وتهدف المؤسسة إلى رعاية وتأهيل الأحداث المتخلفين عقلياً من صدر ضدهم أحكام بالإيداع. وتقدم المؤسسة لهم برامج تعليمية تتناسب مع قدراتهم وبها فصلان دراسيان وعثبران لإقامة الأبناء وبعض غرف العاملين وتضم المؤسسة :

٦٣ ابن داخلي.

٤ ابن خارجي.

ويستفد من البرامج التعليمية ٦٣ ابنأ أما باقي الأبناء فتقدم لهم برامج التدريب المهني وتضم المؤسسة عدد ٤ ورش - (الخيزان - النجارة - التريزة - السجاد).

كما تقدم للأبناء أيضاً برامج الأنشطة الترويحية والرياضية. وقد تم صرف مبلغ ٤٠٠٠٤ جنيه وذلك لترميم دورات المياه وترميم المبنى واليباض والإصلاحات وكذلك شراء معدات مطبخ وصالة مطعم ووسائل تعليمية وتدريبية وذلك غير الملابس والأثاث وذلك بجهد من مجلس الإدارة.

ثانياً : مؤسسة التثقيف الفكري بالمرج وشديدي التخلف :

وتهدف المؤسستين في تطوير أقسامها المختلفة مثل الأقسام المهنية لعدد ١٥٠ ابن من الأبناء المتخلفين عقلياً فئة شديدة التخلف - متوسط التخلف. هذا ويتم تدريب الأبناء على أعمال البلاستيك والنقاشية والكليم والكى وبالنسبة لقسم السجاد فإن القسم يضم ١٥ ابنأ يتم تدريبهم على ٧ أنوال.

وقد تم إنشاء مزرعة لتربية الأبقار الفريزيان بالتعاون مع الحكومة الهولندية وأصبح بها ٢٢ رأساً من البقر فضلاً عن أن الأبناء يعملون في أول مشروع لتربية ورعاية الأبقار ونظراً للنشاط المستمر الذي لمسته الحكومة الهولندية وقد دعت المؤسسة بقطيع من الأبقار الفريزيان وقد تم إعداد مكان

الحظائر التي تستوعب دفعة أخرى كما أهدتها جرار زراعى وسيارة بدفورد «نصف نقل» وجهاز شفط حليب.

أما بالنسبة لمشروع الماعز فهو يضم ٥٠ رأساً كما تم تطوير العمل وتدريب الأبناء على هذا المشروع. وهو فى تقدم مستمر.

وقد تم تخصيص مبلغ ٢٨٠٠٠ جنيه وذلك لترميم المؤسستين وشراء المعدات التي تحتاجها المؤسستين بخلاف الأثاث والملابس وكان إيراد الأمن الغذائى خلال العام ٥٦٣٥٧ جنيه من الألبان وخلافه.

ثالثاً : مؤسسة التثقيف الفكرى بحلولان :

وتقدم هذه المؤسسة البرامج التعليمية والتربوية وبرامج التدريب المهنى لعدد ٩٠ فتاة منهم ٨٠ بالقسم الداخلى، ١٠ بالقسم الخارجى.

ويتم تدريب الفتيات على صناعة السجاد والتريكو أشغال الأبرة والحياكة وقد تم تخصيص مبلغ ٢٩٣٥٢ جنيه للترميمات الشاملة (دورات المياه - المبنى - وعنابر) وخلافه من شراء معدات تعليمية وتدريبية وتطوير المطابخ والمطعم بالمؤسسة.

رابعاً : مؤسسة التثقيف الفكرى بالزيتون :

وتقبل هذه المؤسسة من سن ١٢ - ١٧ سنة ونسبة ذكائهم من ٤٠ - ٧٠ درجة وتضم المؤسسة ٩٥ حالة (٧٥ داخلى - ٢٠ خارجى) وتقدم برامج التأهيل المختلفة للأبناء فى هذه المؤسسة وتضم المؤسسة الأقسام المهنية الآتية :

(قسم الجلود - قسم التريكو - قسم للتدريب على السباكة والأعمال المعدنية - قسم السجاد - قسم الخيزران). وجميع الأقسام تخدم الأبناء جميع الأبناء من الداخلى والخارجى. بالإضافة إلى برامج التدريب المهنى فإن الإبن يحصل على بعض المعلومات العامة من البيئة المحيطة به ومعرفة القراءة والكتابة من الفصول الدراسية المتاحة لهم بالإضافة إلى إكساب الإبن بعض المعلومات عن النظافة والأمراض وغيرها. وقد تم تخصيص مبلغ ٤٥٠٠ جنيه لترميم دورات المياه بالمؤسسة وتصليح مطعم المؤسسة وشراء

بعض الإحتياجات الخاصة بالمؤسسة.

كما تم فتح عيادة نفسية بها وتعمل منذ ثمانية أشهر بنجاح.

خامساً : مؤسسة التثقيف الفكرى بحدائق القبة:

وتقدم هذه المؤسسة برامج التأهيل للأبناء المتخلفين عقلياً من سن ٨ -

١٢ سنة ونسبة ذكائهم من ٥٠ - ٧٥ درجة وتخدم المؤسسة ٧٣ ابن.

٥٥ حالة بالقسم الداخلى.

١٨ حالة بالقسم الخارجى.

-وتقدم للأبناء البرامج التعليمية والتربوية المناسبة. كما تقدم لهم البرامج الثقافية والترويحية ويتم تدريب الأبناء على حرف بسيطة كصناعة (الخيزران - النجارة - تجميع النجف) وقد تم صرف مبلغ ١٣٢٥ جنيه + مبالغ أخرى عن طريق الجمعية لترميم دورات مياه المؤسسة وشراء معدات وملابس وأثاث وخلافه.

وقد تم العمل على تزويد المؤسسة بالأنشطة التأهيلية لتنظيم إجتماعات فردية وعمل زيارات منزلية لبحث المشكلات فى جو أسمى.

وقد أنجزت المؤسسة خلال العام :

* القضاء على مشكلة رشح المياه فى أرضية المطعم والمطبخ والفناء وذلك بعمل إصلاحات وإقامة مواسير فى أرضية الفناء وتركيب موثور مناشب لشفط المياه.

* إقامة ثلاث حجرات خشبية بالفناء لإستغلالها فى الأنشطة المختلفة.

* التجهيز لإقامة عيادة نفسية لاستقبال حالات خارجية.

سأداً : مركز التثقيف الفكرى بالمطرية:

النشاط القائم عليه مركز التنمية الفكرية بالمطرية:

* النشاط الإجتماعى.

* النشاط المهنى.

* النشاط الثقافى.

* الرعاية النفسية.

ويخدم المركز حوالي ٢١٠ ابن :

١٥٠ خارجي ذكور وأناث.

٦٠ داخلي ذكور.

ويقبل المركز من سن ١٥ - ٢٥ سنة ونسبة الذكاء ٢٠ درجة ولا تزيد عن ٨٠ درجة ويقدم المركز برامج تأهيل مختلفة للأبناء ويضم المركز الأقسام المهنية الآتية :

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| - قسم التجارة | - قسم السجاد |
| - قسم الخيزران | - قسم الجلود |
| - قسم التريكو والكورشييه | - قسم الخياطة |
| - قسم الخزف | - قسم التربية الفنية |
| - قسم البلاستيك | - الزراعة |
| - المطبعة | |

الفئات التي يخدمها المركز :

أصبح مركز المطرية في الوقت الحالي يخدم جميع فئات التخلف العقلي تخلف متوسط - شديدي التخلف وقد وضعت برامج متخصصة لكل من هذه الفئات كما أن المركز يقوم بالخدمات بالنسبة لأبناءنا المتخلفين عقلياً من سن ثمانية سنوات حتى عشرون عاماً وبالطبع قد قام المركز بوضع برنامج لكل فئة سنية بما يتناسب مع قدراتهم.

حضانة الأبناء المتخلفين عقلياً :

أنشئت حضانة للأبناء المتخلفين عقلياً من سن ثمانية أشهر حتى ثلاث سنوات حتى ينال الطفل جرعة من البرامج التأهيلية من الصفر ويمكن إحقاقه بالأنشطة بالمركز والمؤسسات التابعة له.

بالنسبة لشهادات التأهيل التي يحصل عليها الأبناء من مركز المطرية بعد التدريب الكافي قد منح ٦٣ شهادة تأهيل للأبناء الأكفاء للعمل في المجالات المختلفة ليصبحوا أعضاء منتجين في المجتمع.

البرامج الجديدة التي أنضمت لنشاط المركز:

- ١ - أنشئت عيادة نفسية وتأهيلية لخدمة الحالات النفسية والعصبية للأبناء المتخلفين عقلياً من سن أقل من ثمانية سنوات.
- ٢ - تطورات الخدمة بالنسبة للعيادة النفسية وشملت حالات من جميع الأعمار ومن جميع المجالات حيث أن العيادة تقدم خدمة متطورة مثل:
 - تقديم علاج طبي للحالات.
 - تقديم برامج توجيحية للأسرة عن كيفية معاملة الطفل المتخلف.
 - علاج العيوب الكلامية للحالات الإبدال وصعوبة النطق.
 - إجراء أبحاث إجتماعية ونفسية للحالات لوضع خطة العلاج.
- ٣ - تنشيط العمل بالمركز أنشئ قسم لإجراء الأبحاث الإجتماعية والنفسية للأبناء المتقدمين لتسهيل إلحاقهم بالمركز أو المؤسسات التابعة للجمعية.

ثالثاً : النماذج للقوانين والقرارات الوزارية بشأن تأهيل المعوقين ورعايتهم

القانون رقم ٤٩ بتاريخ ١٩٨٢/٦/٢٦
بتعديل أحكام القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين (*)

باسم الشعب

رئيس الجمهورية

قرر مجلس الشعب القانون الآتي نصه وقد أصدرناه :
(المادة الأولى)

يستبدل بنصوص المواد ٩، ١٠، ١٥، ١٦ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين النصوص الآتية:

مادة ٩ - على أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر وتسرى عليهم أحكام القانون رقم ١٣٧ لسنة ١٩٨١ بإصدار قانون العمل سواء كانوا يشتغلون في مكان واحد أو بلد واحدة أو في أمانة متفرقة، إستخدام المعوقين الذين ترشحهم مكاتب القوى العاملة من واقع سجل قيد المعوقين بها وذلك بنسبة خمسة في المائة من مجموع عدد العمال في الوحدة التي يرشحون لها.

وتسرى هذه النسبة على كل فرع على حدة لأصحاب الأعمال المشار إليهم شغل هذه النسبة باستخدام المعوقين من غير طريق الترشيح من مكاتب القوى العاملة بشرط حصول القيد المنصوص عليه في المادة السابقة.

ويجب في جميع الأحوال على كل من يستخدم معوقاً إنظار مكتب القوى العاملة المختص وذلك بكتاب موصى عليه بعلم الوصول خلال عشرة أيام من تاريخ إستلام المعوق للعمل.

مادة ١٠ - تخصص للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل نسبة خمسة في المائة من مجموع عدد العاملين بكل وحدة من وحدات الجهاز الإداري للدولة والهيئات العامة والقطاع العام كما تلتزم هذه الوحدات باستيفاء النسبة المشار إليها باستخدام المعوقين المقيمين بدائرة عمل كل وحدة والمسجلين بمكاتب القوى العاملة المختصة على أن يتم إستكمال النسبة المقررة بالقانون خلال سنتين من تاريخ صدور هذا التعديل.

(*) انظر في هذا الشأن :

على عبده محمود، مرشد جمعيات رعاية وتأهيل المعوقين في مجال التشريعات، إتحاد هيئات
رعاية الفئات الخاصة والمعوقين ج.م.ع. مارس ١٩٩٤.

ويجوز لأى من هذه الجهات استخدام الموقوفين للقيدين فى مكاتب القوى العاملة مباشرة دون ترشيح منها وتحتسب هذه التعميمات من النسبة المتصورة عليها فى الفترة السابقة ويجب فى جميع الأحوال إخطار مكتب القوى العاملة المختص بذلك بكتاب موصى عليه يعلم الوصول خلال عشرة أيام من تاريخ إستلام الموقوف للعمل.

مادة ١٥ - على وحدات القطاع الخاص والجهاز الإدارى للدولة والقطاع العام التى تسرى عليها أحكام هذا القانون إسالك سجل خاص لقيدا لموقوفين الحاصلين على شهادات التأهيل الذين التحقوا بالعمل لديهم ويجب أن يشتمل هذا السجل على البيانات الواردة فى شهادة التأهيل وعليهم تقديم هذا السجل إلى مكتب القوى العاملة الذى يقع فى دائرته نشاطهم كلما طلب ذلك وعليهم إخطار هذا المكتب ببيان يتضمن عدد العاملين الإجمالى وعدد الوظائف التى يشغلها الموقوفون المشار إليهم والأجر الذى يتقاضاها كل منهم ويكون السجل والإخطار بيان طبقاً للنماذج الموحدة التى صدر بها قرار من وزير القوى العاملة. ويحدد وزير القوى العاملة بقرار منه مواعيد الإخطار بالبيان. وعلى مديريات القوى العاملة كل ف دائرة إختصاصه إخطار مديريات الشؤون الإجتماعية المختصة كل ستة أشهر ببيان إجمالى عن عدد الوظائف التى يشغلها الموقوفون والأجر الذى يتقاضاه كل منهم وذلك طبقاً للأوضاع التى يحددها وزير الشؤون الإجتماعية.

مادة ١٦ - يعاقب كل من يخالف أحكام المادة التاسعة من هذا القانون بفرامة لا تتجاوز مائة جنيه والسحب مدة لا تتجاوز شهراً أو بإحدى هاتين العقوبتين كما يعاقب بنفس العقوبة المسئولون بوحدات الجهاز الإدارى بالدولة والقطاع العام الذين يخالفون أحكام المادة العاشرة من هذا القانون ويعتبر مسؤولاً فى هذا الشأن كل من يملك سلطة التعميم.

كما يجوز الحكم بإلزام صاحب العمل بأن يدفع شهرياً للمعوق المؤهل الذى رشح له وامتنع عن إستخدامه مبلغاً يساوى الأجر أو المرتب المقرر أو التقديرى للعمل أو الوظيفة التى رشح لها وذلك إعتباراً من تاريخ إنبات المخالفة ولا يجوز الحكم بإلزام صاحب العمل بهذا المبلغ لمدة تزيد على سنة ويؤزل هذا الإلزام إذا قام بتعيين المعوق لديه أو التحق للمعوق فعلاً بعمل آخر وذلك من تاريخ تعيين أو التحاق المعوق بالعمل يجب على صاحب العمل تنفيذ الحكم بإلزامه بأداء المبلغ المذكور خلال عشرة أيام من تاريخ صدوره والإستمرار فى هذا الأداء شهرياً فى الميعاد المحدد بالحكم. وفى حالة إمتناع صاحب العمل عن أداء الأجر أو المرتب المشار إليها إلى المعوق فى الميعاد المقرر يجوز تحصيله بناء على طلب العامل بطريق الحجر الإدارى وأدائه إليه دون أى مقابل أو أية رسوم من أى نوع كانت ولاستيفيد المعوق إلا من أول حكم يصدر لصالحه. وفى حالة تعدد الأحكام بإلزام أصحاب الأعمال بالدفع عند تعددهم تؤزل إلى وزارة الشؤون الإجتماعية المبالغ المحكوم بها فى الأحكام الأخرى وتخصص هذه المبالغ للصرف منها

فى الأوجه وبالشروط وطبقاً للأوضاع المنصوص عليها فى المادة التالية.
وتتعدد العقوبة بتمدد الزمن وقعت فى شأنهم الجريمة كما تتعدد العقوبة بتعدد الإمتناع عن تشغيل المعوق الواحد تطبيقاً لحكم المادتين ٩ ، ١٠ وذلك عن كل سنة يحصل فيها الإمتناع بالنسبة له ، ويعاقب كل من يخالف أحكام المادة (١٥) بالحبس مدة لا تزيد على شهر وغرامة لا تتجاوز مائة جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين.
وتقام الدعوى فىجميع الأحوال على صاحب العمل أو وكيله أو المدير المسئول ولا يجوز الحكم بوقف التنفيذ فى العقوبات المالية.

(المادة الثانية)

ينشر هذا القانون فى الجريدة الرسمية ويعمل به من اليوم التالى من تاريخ نشره ويصمم هذا القانون بخاتم الدولة وينفذ كقانون من قوانينها.

صدر برئاسة الجمهورية فى ٥ رمضان ١٤٠٢ هـ (٢٦ يونية ١٩٨٢).

(محمد حسنى مبارك)

المنظمة لرعاية وتأهيل المعوقين

عهد القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين إلى وزارة الشؤون الاجتماعية وأجهزتها بمسؤولية تنفيذة والعمل على توفير خدمات الرعاية والتأهيل للمعوقين بصورها المختلفة.

كما تضمنت بعض نصوصه قيام وزير الشؤون الإجتماعية بمهام إصدار القرارات التنفيذية لبعض مواد هذا القانون.

وتتضمن هذا الباب عرضاً للقرارات الوزارية السارية المفعول حالياً التي أصدرها وزير الشؤون الاجتماعية تنفيذاً لأحكام القانون ٣٩ لسنة ١٩٧٥، وتم حذف القرارات السارية المفعول والتي تتضح من الدياجة الخاصة ببعض القرارات سارية المفعول حالياً.

قرار و زاری

رقم ٢٥٩ بتاريخ ٢٠ مايو ١٩٧٦
باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥
بشأن تأهيل المعوقين

وزيرة الشؤون الإجتماعية:

بعد الإطلاع على قانون الجمعيات الخاصة الصادر بالقانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤.

وعلى القانون رقم ١٣٣ لسنة ١٩٦٤ في شأن الضمان الإجتماعي.

وعلى القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين:

وبناء على ما ارتأه مجلس الدولة

قدرات:

مادة ٩ - لكل معوق حق التأهيل، وتؤدي الدولة خدمات التأهيل دون مقابل في حدود المبالغ المقررة لهذا الغرض في الموازنة العامة للدولة ويجوز أن تؤدي هذه الخدمات بمقابل في الحالات والحدود الآتية:

(أ) بالنسبة للعلاج الطبيعي :

١ - إذا كان متوسط دخل الفرد في الأسرة ثلاثة جنيهات ويقل عن أربعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بمبلغ مائة مليم عن جلسة.

٢ - إذا كان متوسط دخل الفرد في الأسرة أربعة جنيهات فأكثر ويقل عن ستة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بمبلغ مائتي مليم عن كل جلسة.

٣ - إذا كان متوسط دخل الفرد في الأسرة ستة جنيهات فأكثر فيساهم طالب التأهيل بمبلغ ثلاثمائة مليم عن كل جلسة.

ولايجوز أن يزيد ما تتحمله جهة العلاج الطبيعي على خمسين جنيهاً للعلاج الطبيعي وما يستتبعه من إقامة وأدوية وخلافه بالنسبة للحالة الواحدة وإذا زادت قيمة العلاج على ذلك فيمرض الأمر على الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين لتقرير مآثره.

(ب) بالنسبة للأجهزة التعويضية:

- ١ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة ثلاثة جنيهات ولايجاوز أربعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ١٠٪ من قيمة الجهاز.
- ٢ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة أربعة جنيهات فأكثر ولايزيد على خمسة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ٣٠٪ من قيمة الجهاز.
- ٣ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة يزيد على خمسة جنيهات ولايجاوز سبعة جنيهات شهرياً فيساهم طالب التأهيل بنسبة ٥٠٪ من قيمة الجهاز.
- ٤ - إذا كان متوسط دخل الفرد فى الأسرة يجاوز سبعة جنيهات يتحمل طالب التأهيل بقيمة الجهاز بالكامل. فإذا كانت الأسرة مكونة من فرد واحد بذات متوسط الدخل وزادت قيمة الجهاز على عشرة جنيهات فيتحمل طالب التأهيل بمبلغ عشرة جنيهات أو ٥٠٪ من قيمة الجهاز أهما أكبر.

وتقدر قيمة مساهمة طالب التأهيل فى تكاليف العلاج الطبيعي والجهاز التعويضى على النحو المشار إليه بعد فحصه طبياً لتحديد نوع المعجز والعلاج الطبيعي أو الجهاز التعويضى اللازم للتأهيل وعلى ضوء مايسفر عنه البحث الإجتماعى لحالته.

مادة ٢ - لا تنصرف النظارات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل إلا للمعوقين الجارى تأهيلهم والذين يثبت أن النظارة ضرورية بالنسبة لطبيعة العمل الذى يؤهلون إليه.

مادة ٣ - لا تنصرف أطقم الأسنان فى مجال تقديم خدمات التأهيل إلا إذا كانت لازمة لاستكمال التأهيل للأشخاص المعوقين المصابين بحالات تشوه أو عيوب فى أحد الفكين.

مادة ٤ - لا تنصرف السماعات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل إلا للحالات التى يثبت من الفحص الطبى الذى تجريه الوحدات السمعية المتخصصة صلاحية إذن طالب التأهيل للسمع بالسماعة الطبية وإمكان إستفادته منها وشرط أن تكون السماعة لازمة وضرورية لتأهيل الطالب مهنيّاً أو تساعده على الإستمرار فى العمل الذى يزاوله.

مادة ٥ - تسلم الأجهزة التعويضية إلى مستحقيها بواسطة لجنة خاصة يصدر بتشكيلها قرار من مدير الجهة القائمة بتأدية الخدمة. وعلى أن تضم هذه اللجنة إلى عضويتها الطبيب والأخصائى المهنى بهذه الجهة ومنسوب عن الجهة التى قامت بتصنيع الجهاز.

ويتم التسليم بعد التأكد من مطابقة الأجهزة للمواصفات وإستيفائها للشروط الطبية .

مادة ٦ - لايجوز تكرار صرف الأجهزة التمريضية إلا بعد مضي المدة الموضحة قرين كل نوع من الأجهزة التالية:

(أ) الدراجات اليدوية والكراسي المتحركة والسماعات الطبية وأطقم الأسنان بعد سبع سنوات (١).

(ب) النظارات الطبية بعد خمس سنوات.

(ج) أجهزة الشلل والأطراف الصناعية للمبالغين من العمر ٢١ سنة فأكثر بعد ثلاث سنوات.

(د) أجهزة الشلل والأطراف الصناعية لمن هم دون ٢١ سنة واحدة.

(هـ) الأحذية الطبية والأحزمة الطبية بعد سنة واحدة.

مادة ٧ - تقدم طلبات خدمات التأهيل إلى الجهة القائمة علي هذه الخدمة وتقيد الطلبات بالسجل الخاص بذلك، تقدم خدمات التأهيل حسب الأسبقية المطلقة لتاريخ قيد الطلبات.

ويجوز الإستثناء من شرط أسبقية القيد إذا ثبت من الفحص الطبي بمعرفة طبيب الجهة واعتماد رئيسها لنتيجة الفحص أن التأخير في تقديم خدمة التأهيل يضر بالحالة طبياً أو يؤدي إلى تدهورها.

مادة ٨ - يمارس المجلس الأعلى لتأهيل المعوقين إختصاصاته وفقاً لنص المادة ٤ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه.

وللمجلس أن يدعو إلى حضور جلساته من يرى الإستعانة بخبرتهم في المسائل المعروضة.

مادة ٩ - يجتمع المجلس المجلس مرة كل ثلاثة أشهر إلا إذا اقتضت الضرورة إجتماعه فيما بين فترتي الإجتماع.

ويوجه المقرر الدعوة لحضور الإجتماعات مرفقاً بها جدول الأعمال المقترح. وذلك قبل موعد الإجتماع بمدة أسبوع على الأقل، وتسلم الدعوة باليد أو ترسل عن طريق البريد بكتاب مسجل مصحوب بعلم وصول.

مادة ١٠ - تكون إجتماعات المجلس صحيحة بحضور الأغلبية المطلقة للأعضاء وتصدر القرارات بالأغلبية المطلقة للأعضاء الحاضرين، وفي حالة تساوى الأصوات يرجح الجانب الذي منه الرئيس.

مادة ١١ - تدون محاضرة إجتماعات المجلس في سجل خاص يوقع عليها الرئيس وتبلغ المحاضر للأعضاء قبل الإجتماع التالي للمجلس بوقت كاف.

(١) تعدلت الفقرة (د) بالقرار الوزري رقم ٥٩٨ لسنة ١٩٧٦.

مادة ١٢ - فى حالة غياب رئيس المجلس عن الاجتماع يتولى الرئاسة وكيل وزارة الشؤون الاجتماعية المختص.

مادة ١٣ - تنشئ وزارة الشؤون الاجتماعية المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين.

وبجوز بقرار من وزير الشؤون الاجتماعية الترخيص للجمعيات والمؤسسات الخاصة بإنشاء المعاهد والمؤسسات والهيئات اللازمة لتوفير خدمات التأهيل للمعوقين أو مزاوله هذه الخدمات.

مادة ١٤ - يشترط لقيام الجمعيات والمؤسسات الخاصة بتوفير خدمات التأهيل للمعوقين ما يأتى :

١ - أن يكون نظامها الأساسى مشهوراً طبقاً لأحكام القانون رقم ٣٢ لسنة ١٩٦٤ المشار إليه.

٢ - أن تكون من الجمعيات التى تعمل فى مجال رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.

٣ - أن تكون من الجمعيات ذات الصفة العامة.

٤ - أن يمثل الوزارة فى مجلس إدارتها عضوان من الأخصائيين فى مجال التأهيل.

٥ - أن يتولى خدمات التأهيل بالجمعية ذوو المؤهلات العالية المتخصصون فى النواحى الطبية والاجتماعية والنفسية والمهنية ممن لهم خبرة سابقة فى مثل هذه الخدمات.

مادة ١٥ - تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة على الوجه الآتى:

١ - مدير أو رئيس تلك الجهة (مقرراً).

٢ - رئيس قسم التأهيل أو أخصائى التأهيل بمديرية الشؤون الاجتماعية المختصة (عضواً).

٣ - ممثل مديرية القوى العاملة التى تقع الجهة فى دائرة عملها (عضواً).

٤ - طبيب الأمن الصناعى يختاره مدير القوى العاملة (عضواً).

٥ - طبيب الجهة (عضواً).

وتختص هذه اللجنة بفحص طالبي التأهيل، ويكون لها الإطلاع على التقارير الطبية والاجتماعية والنفسية والمهنية الخاصة بالطلاب ودراساتها لتقرير مدى عجزه وصلاحيته للتأهيل وتتولى وضع خطة تأهيلية متضمنة إختيار المهنة وفترة التدريب.

ولاتكون إجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل من بينهم مدير أو رئيس الجهة واحد الطبيين المشار إليهما فى الفقرتين ٤ ، ٥ وممثل مديرية القوى العاملة التى تقع فى دائرة جهة التأهيل.

مادة ١٦ (١) : تشكل بكل جهة تقوم بتقديم خدمات التأهيل لجنة أخرى على الوجه الآتي:

- ١ - مدير أو رئيس الجهة (مقرراً).
- ٢ - الأخصائي المهني بالجهة (عضواً).
- ٣ - طبيب الجهة (عضواً).
- ٤ - رئيس قسم التأهيل بمديرية الشؤون الاجتماعية (عضواً).
- ٥ - ممثل مديرية القوى العاملة المختص بشؤون القوى العاملة يختاره مدير مديرية القوى العاملة (عضواً).

وتختص هذه اللجنة بتقرير منح شهادات التأهيل للمعوقين الذين تم تأهيلهم أو الذين يثبت صلاحيتهم للقيام بعمل مناسب دون تأهيل بناء على طلبه. وتصدر الشهادات طبقاً للنموذج (٥) (رقم ١) المرفق بهذا القرار معتمدة من مدير الجهة ومصدقاً عليها من مدير عام مديرية الشؤون الاجتماعية المختص. ولا تكون اجتماعات هذه اللجنة صحيحة إلا بحضور أربعة أعضاء على الأقل من بينهم مدير الجهة والطبيب وممثل مديرية القوى العاملة.

مادة ١٧ - يكون إخطار مديريات القوى العاملة لمديريات الشؤون الاجتماعية بالبيان الشهري عن المعوقين الذين تم تشغيلهم في الجهاز الإداري للدولة والهيئات والوحدات الاقتصادية التابعة للقطاع العام في اليوم الخامس على الأكثر من كل شهر، وذلك طبقاً للنموذج (٥) رقم ٢ المرفق بهذا القرار.

مادة ١٨ - يكون إخطار مديريات القوى العاملة لمديريات الشؤون الاجتماعية المختصة بالبيان الإجمالي كل ستة أشهر عن عدد الوظائف التي يشغلها المعوقون والأجر الذي يتقاضاه كل منهم وذلك طبقاً للنموذج (٥) رقم ٣ المرفق بهذا القرار.

مادة ١٩ - يفتح بالوزارة حساب خاص لرصد حصيلة الغرامات المحكوم بها طبقاً للمادة ١٦ من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المشار إليه يخصص للصرف منه في إعانة الهيئات العاملة في مجال رعاية المعوقين عند قصور ميزانياتها عن الوفاء بالتزاماتها أو للتوسع في توفير خدمات التأهيل.

ويكون الصرف بموافقة وكيل الوزارة المختص بناء على اقتراح الإدارة العامة للتأهيل الإجماعي.

مادة ٢٠ - ينشر هذا القرار في الوقائع المصرية، ويعمل به من تاريخ نشره.

دكتورة / عائشة راتب
وزيرة الشؤون والتأمينات

(١) المادتين (١٥) و (١٦) تم إلغاؤهما وحل محلهما ماورد بالقرار الوزاري رقم ١٨١ لسنة ١٩٩٢.

(٥) النماذج مرققة بالصفحات ١٤٩، ١٥٩، ١٥١.

قرار وزارى

رقم ٥٩٨ بتاريخ ١٩٧٦/١١/٢٠

بتعديل بعض أحكام القرار الوزارى رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦

باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥

بشأن تأهيل المعوقين

وزارة الشؤون الإجتماعية :

بعد الإطلاع على القرار الوزارى رقم ٢٥٩ بتاريخ ١٩٨٦/٥/٢٠ باللائحة التنفيذية للقانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين.
وبناء على ما عرضه السيد / وكيل الوزارة لشئون التنمية الإجتماعية.

فقر

- مادة ١ - يستبدل بنص الفقرة (أ) من المادة السادسة من القرار الوزارى رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦ المشار إليه النص التالي :
- أ - السماععات الطبية وأطقم الأسنان بعد سبع سنوات والدراجات اليدوية والكراسى المتحركة بعد ثلاث سنوات.
- مادة ٢ - على وكيل الوزارة لشئون التنمية الإجتماعية تنفيذ هذا القرار وعمل به من تاريخ صدوره وينشر فى الوقائع المصرية.

وزارة الشؤون الإجتماعية والتأمينات

(دكتورة عائشة راتب)

قرار وزارى

رقم ٤٥٥ بتاريخ ١٩٨٢/١٢/١٢

بشأن تعديل بعض أحكام القرار الوزارى

رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦

وزارة التأمينات والدولة للشؤون الإجتماعية :

فقر

- مادة ١ - يستبدل بنص المواد ١ ، ٢ ، ٤ ، من القرار الوزارى رقم ٢٥٩ لسنة ١٩٧٦ المشار إليه النصوص الآتية :
- مادة ١ - لكل معوق حق التأهيل وتؤدى الدولة خدمات التأهيل دون مقابل فى حدود المبالغ المدرجة لهذا الغرض فى الموازنة العامة للدولة وذلك للحالات الآتية :
- ١ - المعوق الذى يتم تأهيله مهنيًا بهيئات التأهيل.

٢ - أفراد الأسر أصحاب المعاشات والمساعدات طبقاً لأحكام القانون رقم ٣٠ لسنة ١٩٧٧ بشأن قانون الضمان الإجتماعى.

٣ - أفراد الأسر المستفيدين من أحكام المادة الخامسة من القانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٨٠ بإصدار قانون نظام التأمين الإجتماعى الشامل (معاش السادات).

ويجوز أن تؤدي خدمات التأهيل بمقابل طبقاً للأوضاع الآتية:

أولاً - بالنسبة للأجهزة التعويضية يكون ذلك وفقاً للمجدول التالى : «انظر القرار ١٧٦ لسنة ٩٢ حيث به تعديلات المجدول».

ثانياً - بالنسبة للعلاج الطبيعى : يتولى مجلس إدارة الجمعية التى يتبعها مركز العلاج الطبيعى تحديد رسم الكشف الطبى لحالات العلاج الطبيعى وقيمة الجلسة ونفقات العلاج الطبيعى فى حالة الإقامة الداخلية أثناء فترة العلاج الطبيعى اللازمة لكل حالة وذلك فى ضوء الإمكانيات المالية للجمعية.

وتدر قيمة مساهمة طالب التأهيل فى تكاليف العلاج الطبيعى على ضوء مايسفر عنه البحث الإجتماعى للحالة.

مادة ٢ - تصرف النظارات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل الإجتماعى للمعوقين الجارى تأهيلهم والذين يثبت أن النظارة ضرورية بالنسبة لطبيعة العمل الذى يؤهلون إليه.

ويجوز صرف النظارات الطبية لغير هذه الحالات من المعوقين لمعاونتهم على التكيف الإجتماعى والنفسى بنسبة لا تتجاوز ١٠٪ من الإعتماد المخصص للأجهزة التعويضية بكل هيئة من هيئات التأهيل.

مادة ٣ - تصرف السماعات الطبية فى مجال تقديم خدمات التأهيل للمعوقين الذى يثبت من الفحص الطبى الذى تجر به الوحدات السمعية التخصصية صلاحية أذن طالب التأهيل للسمع بالسماعة الطبية.

ويجوز صرف السماعات الطبية لغير هذه الحالات من المعوقين لمعاونتهم على التكيف الإجتماعى والنفسى بنسبة لا تتجاوز ١٥٪ من الإعتماد المخصص للأجهزة التعويضية بكل هيئة من هيئات التأهيل.

مادة ٤ - ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ صدوره.

إعضاء

وزير الشؤون الإجتماعية

قرار وزارى
رقم ١٣٥ بتاريخ ١٩٨٤/٥/١٣
بتعديل الكشف المرافق للقرار الوزارى
رقم ٤٢٦ لسنة ٧٩ لتحديد الوظائف
التي تخصص للمعوقين المؤهلين

وزيرة التأمينات ووزارة الدولة للشؤون الاجتماعية:

بعد الإطلاع على القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ بشأن تأهيل المعوقين المعدل
بالقانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ وعلى القرار الوزارى رقم ٢٥٩ بتاريخ ١٩٧٦/٥/٢٠
بالملاحقة التنفيذية لقانون تأهيل المعوقين المعدل بالقرار رقم ٤٥٥ بتاريخ
١٩٨٢/١٢/١٢.

وعلى القرار الوزارى رقم ٤٢٦ بتاريخ ١٩٨٩/٩/٣٠ بتحديد الوظائف والأعمال
التي تخصص للمعوقين المؤهلين.

وعلى كتاب وزارة القوى العاملة والتدريب رقم ٤١٦ بتاريخ ١٩٨٤/٤/١٨
بالموافقة على التعديل المقترح للقرار الوزارى رقم ٤٢٦ لسنة ١٩٧٩.
وعلى مذكرة الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين رقم ٨٤٤ بتاريخ
١٩٨٤/٤/٩.

وبناء على ما عرضته علينا السيدة رئيس الإدارة المركزية للتنمية الاجتماعية.

تسرار

مادة (١) - تخصص الوظائف والأعمال المحددة بالكشف المرافق لهذا القرار من
الوظائف والأعمال الخالية فى الجهاز الإدارى للدولة والهيئات العامة والمؤسسات العامة
والوحدات الاقتصادية التابعة لها للمعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل كل بما
يتناسب مع مجال تأهيله وذلك فى حدود النسبة والشروط المنصوص عليها بالمادة
العاشرة من القانون رقم ٣٩ لسنة ١٩٧٥ المعدلة بالقانون رقم ٤٩ لسنة ١٩٨٢ المشار
إليه....

مادة ٢ - يلغى القرار الوزارى رقم ٤٢٦ لسنة ١٩٧٩ المشار إليه.

مادة ٣ - ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ نشره.

دكتور / آمال عثمان

وزيرة التأمينات ووزارة الدولة للشؤون الاجتماعية

(١) تمادت هذه المادة بالقرار الوزارى رقم (٣) لسنة ٩٠.

- ١ - الأعمال الكتابية :
أعمال السكرتارية - الحفظ - الحسابات - المخازن - الآلة الكاتبة - تصوير المستندات.
- ٢ - أعمال الخدمات :
عامل عادى - عامل نظافة - فراش - ساعى - خفير - خادم مسجد أو كنيسة - عامل تشغيل مصعد - عامل تليفون - عامل جراج - عامل حدائق - عامل مزرعة دواجن - عامل منحل - عامل قياس - عامل وزن - عامل تكرير - عامل صهاريج - عامل نزييت - تومرجى - أعمال الطهى والغسيل وكى الملابس - عامل فرز - عامل تجهيز - عامل تجميع - عامل تعبئة وتغليف - مؤذن - مقيم شعائر ..
- ٣ - أعمال الصيانة والإصلاح :
المراديو - والتليفزيون - التلاجات - الساعات - الإطارات.
- ٤ - أعمال الخراطة والبرادة والسمكرة والحداد واللحام والميكانيكا والكهرباء :
خراط - أو براد - سمكرى أو سباك أو حداد أو ميكانيكى أو كهربائى عام - خراط أو براد معادن سمكرى أو كهربائى سيارات سباك أدوات صحية - لحام أكسوجين أو كهرباء - كهربائى توصيلات أو لف موتورات.
- ٥ - أعمال الخياطة والترزئة :
التطريز والتريكو والسجاد والكليم والبطاطين.
- ٦ - أعمال الغزل والنسيج.
- ٧ - أعمال السروجية والتنجيد.
- ٨ - أعمال النجاة :
عام - نجارة أثاث.
- ٩ - أعمال الدهان والدوكو والأستر والنقش.
- ١٠ - أعمال الطباعة : وصفاقر الحروف والتجليد.

قرار وزاري

رقم ٢٢٤ بتاريخ ١٩/١١/١٩٨٦
بتشكيل اللجنة العليا للإحتفال بيوم الموق

وزيرة التأمينات والشئون الإجتماعية :

بعد الإطلاع على القانون رقم ٢٢ لسنة ١٩٦٤ بشأن الجمعيات والمؤسسات الخاصة، وعلى القرار الجمهوري رقم ٩٣٢ لسنة ١٩٦٦ باللائحة التنفيذية لقانون الجمعيات والمؤسسات الخاصة.

وعلى مذكرة السيدة / رئيس الإدارة المركزية للتنمية الإجتماعية المؤرخة ١٩٨٦/٩/٨، وبناء على ما عرضه السيد / رئيس قطاع الديوان العام.

قرر

مادة ١ - تشكل لجنة عليا للتخطيط للإحتفال بيوم الموق برئاسة وعضوية كل

من السادة :

- ١ - رئيس قطاع الديوان العام بوزارة الشئون الإجتماعية.
 - ٢ - رئيس إتحاد هيئات رعاية الفئات الخاصة والمعوقين.
 - ٣ - رئيس الإدارة المركزية للتنمية الإجتماعية بوزارة الشئون الإجتماعية.
 - ٤ - رئيس الإدارة المركزية للتعليم الأساسى بوزارة التربية والتعليم.
 - ٥ - رئيس الإدارة المركزية للخدمات الطبية المكاملة بوزارة الصحة.
 - ٦ - ممثل الهيئة العامة للإستعلامات.
 - ٧ - ممثل للهيئة العامة للتنشيط السياحى.
 - ٨ - ممثل لنقابة الصحفيين.
 - ٩ - ممثل لاتحاد أمناء الإذاعة والتليفزيون.
 - ١٠ - ممثل لإدارة التوجيه للنوى بالقوات المسلحة.
 - ١١ - مدير عام الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين.
- ويكون السيد / مدير عام الإدارة العامة للتأهيل الإجتماعى للمعوقين (مقرراً).
ويضم إلى عضوية هذه اللجنة السادة الآتى أسمائهم باعتبارهم شخصيات عامة من الخبراء والمهتمين:

- ١ - الدكتور / إبراهيم مسلم سليمان.
 - ٢ - الدكتور / سعد الدين مصطفى كامل حشوت.
 - ٣ - الأستاذ / محمد سعيد صبرى.
 - ٤ - اللواء / أحمد فهمى.
- ويجوز للجنة أن تضم لمعضويتها من ترى الإستعانة بخبراتهم فى تحقيق أغراضها،
على أن تشكل فى أول إجتماع لها أمانة فنية تتولى الإعداد لاجتماعاتها.
- مادة ٢ - تختص هذه اللجنة بالآتى :

أ - التخطيط للإحتفال بيوم المعوق منوياً وتنظيم وتنسيق البرامج المختلفة الخاصة بهذا الإحتفال والعمل على تطويرها.

ب - إيجاد رأى عام يتمرف على مشكلة المعوقين وأثارها وتعاطف معها بما يعطى العون الحقيقى لهذه الفئة من المواطنين ويعمل على إنجاح تكيفهم مع المجتمع إجتماعياً ونفسياً والإنخراط فيه.

مادة ٣ - تشكل لجنة فرعية بكل محافظة برئاسة السيد/ مدير مديرية الشؤون الإجتماعية المختصة وعضوية ممثلى التربية والتعليم والصحة والإعلام والإتحاد الإقليمى للجمعيات وعضوين من الجمعيات العاملة بهيدان رعاية المعوقين بالمحافظة.

مادة ٤ - تختص اللجان الفرعية المشار إليها فى المادة الثالثة بتنفيذ سياسة وتوصيات اللجنة العليا فيما يتعلق بتنظيم برامج الإحتفال بيوم المعوق.

مادة ٥ - ينشر هذا القرار فى الوقائع المصرية ويعمل به من تاريخ صدوره.

وزيرة التأمينات والشئون الإجتماعية

(دكتورة / آمال عثمان)

الباب السادس

تيسيرات لإدماج المعوقين فى المجتمع

إن دمج المعوقين فى الحياة العامة واجب تفرضه القيم الاجتماعية والدينية، فهو حق للمعوق لم يعد ينظر إليه من الناحية الإنسانية أو الاجتماعية فحسب بل أصبح ضرورة اقتصادية لها وزنها وتأثيرها.

ولقد ظهر مفهوم الإدماج خلال العام الدولى للمعوقين (١٩٨١) والذى أعلنته الأمم المتحدة تحت شعار «المساواة والمشاركة الكاملة»، كما وأنه من خلال مفهوم «مجتمع للجميع» أصبح الدمج مسئولية المجتمع حيال أفراد المعوقين.

وقد أوصى المؤتمر الثالث للاتحاد والذى أقيم تحت عنوان «إدماج المعوقين فى الحياة العامة» عام ١٩٨٥ بمنح بعض التيسيرات والتسهيلات التى تساعد المعوقين على الاندماج فى المجتمع .. واستجابت بعض الجهات المعنية لبعض من هذه التوصيات ومازال الأمر يحتاج إلى المزيد منها.

ونعرض فى هذا الباب التيسيرات والتسهيلات التى تمنح للمعوقين بجمهورية مصر العربية للمعاونة فى ادماجهم، والتعليمات والقرارات المنظمة للحصول على البعض منها.

وهمنا أن نشير إلى أن بعض هذه التيسيرات والتسهيلات صدرت لها قوانين وقرارات وزارية وتطبق على المستوى القومى، والبعض منها صدرت لها قرارات إقليمية من السلطات المحلية بالمحافظات. والوارد بهذا الكتاب من القرارات الاقليمية حسب ما ورد للاتحاد من مديريات الشئون الاجتماعية المختصة.

تعليمات بشأن

* نظام استخراج بطاقات إثبات الشخصية للمكفوفين

أولاً: تعريف كف البصر:

يعد كفيفاً من كانت درجة إبصاره $\frac{3}{100}$ فأقل في أحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية ومعنى ذلك بعبارة مألوفة عدم القدرة على عد أصابع اليد على بعد أكثر من ثلاثة أمتار بأحسن العينين بعد التصحيح بالعدسات الطبية.
كما يعد كفيفاً من كان مجال النظر عنده لا يزيد على ٢٠ درجة مهما كانت قوة إبصاره.

ثانياً: خطوات الحصول على بطاقة إثبات الشخصية للمكفوفين:

- ١- يتقدم الطالب إلى الوحدة الاجتماعية المختصة المقيم في دائرة عملها بثلاث صور فوتوغرافية مقياس ٤ × ٦ وتتحقق الوحدة من شخصية الطالب واسمه بالكامل ومطابقة الصور له من واقع البطاقة الشخصية أو العائلية أو أى مستند إثبات شخصية له والتأكد من أن العنوان المقيم به يقع بدائرة عمل الوحدة.
- ٢- تقوم الوحدة باستيفاء بيانات استمارة الكشف الطبي المدة لهذا الغرض وتلصق عليها إحدى الصور الفوتوغرافية وتختتم بخاتم الوحدة ويحول الطالب إلى أقرب مستشفى أميري للرمد لتوقيع الكشف الطبي عليه وتحديد درجة إبصار كل عين على حدة قبل التصحيح بالعدسات الطبية وبعد التصحيح بالعدسات الطبية ج والتأشير من السيد الطبيب المختص بما يقيد انطباق تعريف كف البصر على الطالب من علمه ثم اعتماد نتيجة الكشف من المستشفى وختمه بخاتم الجمهورية.
- ٣- تتأكد الوحدة الاجتماعية من قيام مستشفى الرمد بالفحص الطبي على الطالب واستيفائه وفي حالة ما أثبت الفحص الطبي انطباق تعريف كف البصر على الطالب يتم القيد بسجل المكفوفين المعد لهذا الغرض بحيث يعطى الطالب الرقم المسلسل الذي يلي الحالة السابقة مع مراعاة أن يكون السجل مختم بخاتم الوحدة وخاتم المديرية أو الإدارة الاجتماعية وصفحاته مسلسلة ومرقمة.
- ٤- تتولى الوحدة الاجتماعية استخراج بطاقة إثبات الشخصية للكفيف طبقاً للنموذج

* صدرت بكتاب دوري السيد وكيل الوزارة للتنمية الاجتماعية رقم (١) لسنة ٨٧ وأعيد نشره بالكتاب رقم (٢) لسنة ٨٥.

المرفق* ونلصق صورة الحالة على البطاقة وتختتم بخاتم الوحدة ثم نرسل إلى المديرية أو الإدارة الاجتماعية المختصة لمراجعتها على استمارة الفحص الطبي واعتمادها بخاتم الجمهورية ثم نسلم للحالة للتوقيع أو البصمة في الخانة المختصة لذلك بالسجل وتحفظ استمارة الفحص الطبي بملف يخص لهذا الغرض.

٥- يتم تجديد البطاقة كل عشر سنوات باستمارة كشف طبي جديدة للتأكد من انطباق تعريف كف البصر على الحالة وسحب البطاقة السابقة المنتهية وإعادتها بمحضر ويكون التجديد بنفس الرقم المسلسل وبصورة جديدة ونثبت ذلك أمام الحالة بالسجل في الخانة المخصصة لذلك وعلى استمارة الكشف الطبي.

٦- في حالة فقد البطاقة من الحالة والإبلاغ عن ذلك للوحدة يتم تحرير محضر بالشرطة لإثبات فقدها ويستخرج بدل الفاقد بنفس البيانات المسجلة وبعد التأكد من انطباق تعريف كف البصر على الحالة من واقع استمارة الكشف الطبي والتأشير على الاستمارة والسجل بما يفيد استخراج بدل فاقد ويكتب بالبطاقة عبارة (بدل فاقد).

٧- يخصص بكل إدارة اجتماعية أو مديرية سجل يدون به جميع البطاقات المعتمدة للوحدات الاجتماعية حسب تواريخ استخراجها وأرقامها المسلسلة المستخرج بها بمسك بمعرفة إدارة التأهيل وتتم زيارات دورية للوحدات بمعرفة إدارة التأهيل للتأكد من سلامة الإجراءات.

٨- تقوم الوحدة الاجتماعية بإبلاغ إدارة التأهيل بالمديرية أو الإدارة الاجتماعية المختصة ببيان شهرى عن الحالات التي تم استخراج بطاقات لها ويتضمن هذا البيان الاسم وتاريخ الاستخراج لمطابقة هذا البيان على ما هو مدون بسجل الوحدة شهرياً - وفي حالة وجود أى اختلاف تتخذ الإجراءات اللازمة للتأكد من صحة البطاقات المستخرجة.

٩- تتولى مديرية الشؤون الاجتماعية أو الإدارة الاجتماعية المختصة طبع السجلات اللازمة - والبطاقات - واستمارات الكشف الطبي ويتم تسليمها من المخازن إلى الوحدات بمحاضر تسليم وتسلم ويتم في زيارات دورية للوحدات من إدارة التأهيل التأكد من عدد البطاقات المستخرجة وصيد البطاقات الموجود بالوحدة.

* نقر مرققات الكتار ، ص ١٥٦

تعليمات بشأن استخراج بطاقة إثبات الشخصية للمعوقين من مكاتب التأهيل الاجتماعي بالمحافظات المختلفة

- ١- يتم تحرير طلب استخراج بطاقة طبقاً للنموذج رقم ٢٤ للمعوق الذي يتقدم للمكتب ومعه ٣ صور فوتوغرافية مقاس ٤ × ٦ بشرط أن يكون مقيد بدائرة عمل المكتب.
 - ٢- يقوم طبيب المكتب بإجراء الكشف الطبي على الطالب لتحديد إعاقته وبالنسبة لحالات التخلف العقلي يكون تحديد الإعاقة بناء على تقرير نفسي.
 - ٣- تتولى لجنة فحص طالبي التأهيل تقرير صرف البطاقة للطلاب من عدمه.
 - ٤- تسجل الحالات التي يتم الموافقة عليها بالسجل المعد لذلك (نموذج رقم ٩).
 - ٥- يتم تحصيل مبلغ وقدره جنيه واحد عن كل بطاقة كمصروفات إدارية للمكتب ويجوز الإعفاء من السداد بناء على بحث اجتماعي.
 - ٦- يتولى المكتب إصدار البطاقة * بعد ختمها بخاتم المكتب وتسجيلها بالكشف من زصل وصورة (طبقاً للنموذج رقم ٣٤) في نهاية كل شهر وإرسال الكشف من أصل وصورة والبطاقات إلى الإدارة الاجتماعية لختمها بخاتم شعار الجمهورية والاحتفاظ بصورة الكشف بملف يخص لهذا الغرض بالإدارة الاجتماعية.
 - ٧- يقوم المكتب بتسليم البطاقة للشخص المعوق بعد التأشير بذلك في السجل الخاص.
 - ٨- تجدد البطاقة بعد مضي عشر سنوات من تاريخ صلوها وفي حالة فقد البطاقة يجب تحرير محضر بالشرطة لإثبات ذلك أما في حالة تلفها فيتم سحبها ويحصل مبلغ اثنين جنيه في حالة بطل الفقد أو التالف.
 - ٩- الحالات التي حصلت على شهادات تأهيل أو مستحصل على شهادات تأهيل مستقبلاً لا يتم لها فحص طبي أو تقرير نفسي أو العرض على اللجنة وإنما يقتصر فقط بالتسجيل في السجل برقم وتاريخ قيد الحالة بسجل قيد المؤهلين.
 - ١٠- لا تستخدم بطاقة المعوق إلا في الجهات التي تقرر بعض التيسيرات للمعوقين كما أن هذه البطاقة لا تلتصق أى بطاقة أخرى متعارف عليها بين الجهات المعنية.
- رئيس الإدارة المركزية للتنمية الاجتماعية
(عوض محمد المنيسى)

تيسيرات بالقوانين والقرارات الوزارية والتعليمات

أولاً: بقطاع التأهيل

تشغيل الحاصلين على شهادات تأهيل بالقطاع الخاص

أصحاب الأعمال الذين يستخدمون خمسين عاملاً فأكثر ملزمون بتشغيل نسبة ٧٥ من عدد العاملين لديهم، وتطبق هذه النسبة على كل فرع على حدة من فروع المركز الرئيسي للمنشأة (مادة (٩) قانون ٣٩ لسنة ٧٥ والمعدلة بالقانون ٤٩ لسنة ٨٢).

تشغيل الحاصلين على شهادات تأهيل بالحكومة والقطاع العام

تخصص نسبة ٧٥ من مجموع وظائف الجهاز الإداري للدولة ووحدات القطاع العام لتشغيل المعوقين الحاصلين على شهادات التأهيل (مادة (١٠) قانون ٣٩ لسنة ٧٥ والمعدلة بالقانون ٤٩ لسنة ٨٢).

اعفاء المعوق الخاص على شهادة التأهيل من شرط اللياقة الصحية

يعفى المعوقين المؤهلين مهنيًا من شرط اللياقة الصحية بالنسبة لحالة العجز الواردة بشهادة التأهيل عند ترشيحهم للعمل (مادة (١٢٠) قانون ٣٩ لسنة ٧٥).

اعطاء الأولوية في التعيين للمعوقين مصابي الحرب

تعطى الأولوية في التعيين في الوظائف والأعمال للمعوقين المؤهلين المصابين بسبب العمليات الحربية أو الغارات الجوية أو أثناء وسبب تأدية الخدمة العسكرية والوطنية، مرشحين للتعين منهم من شرط اجتياز الامتحان المقرر لشغل الوظيفة، ولن يتم تعيينه منهم حتى الجمع بين المرتب الذي يمين به وبين المعاش الذي يتقاضاه مادة (١٣) قانون ٣٩ لسنة ٧٥).

تخصص وظائف للمعوقين دون سواهم

تخصص وظائف للمعوقين في الجهاز الإداري للدولة والهيئات والمؤسسات والوحدات الاقتصادية التابعة لها (مادة ١٤ قانون ٣٩ لسنة ٧٥، وقرار وزير الشؤون الاجتماعية ١٣٥ لسنة ٨٤ بتحديد هذه الوظائف).

تعيين حملة المؤهلات الدراسية ضمن النسبة الإلزامية

يتم تعيين حملة المؤهلات الدراسية من المعوقين حاملي شهادات التأهيل ضمن النسبة الإلزامية (انظر الباب الثاني قرار وزير الشؤون الاجتماعية ٢١٩ لسنة ٩٠).

ثانياً: بقطاع التعليم

تيسيرات للطلاب المعوقين

وردت باللائحة التنظيمية لمدارس وفصول التربية الخاصة

الصادرة بقرار السيد وزير التعليم رقم ٣٧ بتاريخ ١٠/١/١٩٩٠

تيسيرات في شرط السن للقبول بمدارس التربية الخاصة:

* يقبل بمرحلة التعليم الأساسى بالحلقة الابتدائية المكفوفين والصم وضعاف السمع الذين يبلغ منهم ست سنوات ولا تتجاوز ثمانى سنوات فى أول أكتوبر، كما يقبلوا بالصف الأول بالحلقة الإعدادية حتى سن ١٧ سنة، ويجوز القبول فى حدود ستين بالزيادة عن الحد الأقصى للسن المقرر لكل حلقة بشرط وجود أماكن خالية.

* ويقبل بالصف الأول للمرحلة الثانوية المكفوفين حتى سن ٢١ سنة، بينما يقبل الصم وضعاف السمع حتى سن ٢٢ سنة (المواد (١٠)، (١١)).

* يقبل الأطفال المتخلفون عقلياً بمدارس وفصول التربية الفكرية من سن ٦ - ١٢ سنة ويمكن أن يستمروا فى هذه المدارس حتى سن ١٨ سنة.

وبالنسبة لأقسام الإعداد المهني للتربية الفكرية فيمكن أن يستمر الطالب بهذه الأقسام حتى سن ٢٢ سنة ويمنح مصدقة تثبت إتمام الدراسة بها (المادة ١٢).

* يقبل الأطفال المرضى والناقصون بالمدارس الملحقة بالمستشفيات بالصف الأول الابتدائي الذين يتراوح أعمارهم بين ٦-٨ سنوات، ويجوز أن تزيد أعمارهم فى حدود ستين بالزيادة عن الحد الأعلى مع إضافة سنة لكل صف تال. كما يقبلوا بالحلقة الإعدادية بحيث لا تزيد منهم عن ١٧ سنة فى أول أكتوبر.

رعاية اجتماعية خاصة بمدارس التربية الخاصة

* إنشاء أقسام داخلية لإقامة الطلاب فى مدارس التربية الخاصة لتوفير الإشراف والرعاية الكاملة (مادة ٢١).

* صرف ثلاث وجبات غذائية بالأقسام الداخلية ووجبة غذائية واحدة للتلاميذ بالأقسام الخارجية بمدارس التربية الخاصة (مادة ٢٢).

* صرف ملابس كاملة وبالحام للجميع لتلاميذ مدارس التربية الخاصة وفصولها (مادة ٢٣).

ثالثاً: بقطاع الصحة

أجهزة تعريضية بالبحان

تصرف بالمستشفيات التابعة لوزارة الصحة جميع الأجهزة التعريضية بالبحان، وتعتبى الوزارة أولوية مطلقة فى تدبير الموارد الخاصة بذلك.

رابعاً: قانون المرور

منح للمعوقين رخصة قيادة

المادة (٢٩٥) من اللائحة التنفيذية لقانون المرور تجيز الترخيص للمعوقين برخصة قيادة سيارة خاصة (ملاكى) بشروط هى:

- ١- ألا يقل سن الطالب عن ١٨ سنة.
- ٢- ثبوت لياقته الطبية بمعرفة القومسيون الطبى المختص لقيادة سيارة خاصة معدة خصيصاً من حيث التصميم الفنى بما يناسب حالته الصحية الناشئة عن العاهة وبما يزيل أثر إعاقه هذه العاهة للقدرة على القيادة العادية.
- ٣- اجتيازه بنجاح اختباراً فنياً فى قيادة السيارة المصممة خصيصاً لحالته من حيث التصميم الفنى.
- ٤- لايجوز للمرخص له قيادة سيارة أخرى غير تلك المبينة فى البند السابق ويؤشر فى رخصة القيادة بالملداد الأحمر برقم تلك السيارة.

خامساً: قانون الجمارك

إعفاء السيارات والدراجات البخارية من الجمارك

• المادة الثانية من القرار بقانون ١٨٦ لسنة ٨٦ تنص على

إعفاء المعوق من الضرائب الجمركية وبشرط المعانة - الأشياء وسيارات الركوب الصغيرة المعدة تجهيزاً طبياً خاصاً الواردة برسم المرضى والمعوقين -، ولقظ الأشياء يندرج تحته كل ما هو مادى ومن ثم يشمل سيارات الركوب المعدة والدراجات البخارية المعدة تجهيزاً طبياً خاصاً، (خطاب السيد وزير المالية بتاريخ ٢٧ / ٧ / ٨٧ الموجه لوزارة الشؤون الاجتماعية). هذا وبشروط قيادة المعوق للسيارة بنفسه، وثبوت إمكانيةه للإلتحاق عليها وصيانتها وبحيث لا تتجاوز قوة محرك السيارة أربعة سلندرات والسعة التخزينية لها لا تزيد عن ١٥٠٠ سم ٣.

سادساً: السكك الحديدية

تنص المادة (٧) والمادة (٨) من لائحة امتيازات السفر الواردة ضمن القرار

الجمهورى رقم ٢١٩٠ لسنة ١٩٦٧ بشأن تعديل أجور سفر الركاب بالسكك الحديدية
على:

سفر مشوه الحرب برع أجره
يسافرون برع أجره وتكون التذكرة صالحة للعودة مجاناً.

سفر المكفولين بنصف أجره

يمنح المكفوفون الحاملون لبطاقات المكفوفين التي تصرف لهم من الوحدات الاجتماعية تخفيضاً قدره ٧٥٠ من أجور الاشتراكات والتذاكر الفردية على جميع خطوط السكك الحديدية وفي حالة وجود مرافق للكفيف يعتبر الكفيف ومرافقه فرداً واحداً، وتعرف لهما تذكرة واحدة بأجرة كاملة.

سابعاً: تيسيرات متنوعة

ركوب الكفيف ومرافقه مترو الأنفاق بنصف أجره

يسمح للكفيف ومرافقه بركوب مترو الأنفاق، بنصف تذكرة، كما يمنح الكفيف أيضاً تخفيض في السفر بموجب اشتراك سنوى، وتختص الاستمارة الخاصة باستخراجه من الشئون الاجتماعية بختام شعار الجمهورية، ويجدد بعد ذلك الاشتراك سنوياً بدون اعتماد من الشئون الاجتماعية (خطاب رئيس جهاز تشغيل مترو الأنفاق رقم ٢ / ٢ / ١٩٨ بتاريخ ١٣ / ٩ / ٨٩ الموجه لوزارة الشئون الاجتماعية).

منحة للطلاب الجامعي الكفيف

تصرف منحة شهرية قدرها ١٠ جنيه لكل طالب جامعي كفيف طوال فترة الدراسة الجامعية ولمدة ١٢ شهر في السنة، ويستمر صرفها ما لم يستنفذ مرات الرسوب.

دخول المسارح مجاناً

يمنح المعوق بطاقة دخول مجانية لجميع مسارح قطاع المسرح التابعة للمجلس الأعلى للثقافة، بناء على بطاقة إثبات شخصية المعوق التي يتم استخراجها من جمعيات تأهيل المعوقين (كتاب المراقبة العامة للعلاقات العامة بالمجلس الأعلى للثقافة بتاريخ ١٣ / ٨ / ١٩٨٠ الموجه لوزارة الشئون الاجتماعية).

الأولوية في تنفيذ مشروعات الأسر المنتجة

منح المعوقين المؤهلين مهنياً الأولوية في تنفيذ مشروعات الأسرة المنتجة لتحسين أوضاعهم واستقرارهم كتوجيهات الدكتور وزير الشئون الاجتماعية (خطاب الإدارة العامة للتأهيل الاجتماعي رقم ١٠٩٧ بتاريخ ٣٠ / ٦ / ٩١ الموجه لمديريات الشئون الاجتماعية بالمحافظات).

المناطق والمتاحف الأثرية مجاناً

إعفاء المعوقين المصريين من أى رسوم لدخول المناطق والمتاحف الأثرية (موافقة

الدكتور رئيس هيئة الأثار المصرية المبلغة لكافة الجهات المعنية بكتاب السيد رئيس الإدارة المركزية للشئون المالية بالهيئة رقم ٧١٤ بتاريخ ٢٠ / ٤ / ١٩٨٦).

ثامناً: تيسيرات محلية بالمحافظات

أصدرت بعض المحافظات تيسيرات للمعوقين من أبنائها ... كل حسب ظروف كل محافظة وإمكانياتها. ومن هذه التيسيرات.

محافظة القاهرة

* تخصيص نسبة 2٥ من المساكن الشعبية للمعوقين.

* ركوب حالات الشلل والبتر، وتشوهات العمود الفقري، الجذام، الهيموفيليا انويسات هيئة النقل العام بمدينة القاهرة مجاناً.

محافظة الإسكندرية

بتاريخ ١٥ / ٤ / ٩٢ صدر قرار المجلس الشعبي المحلي لمحافظة الإسكندرية بالموافقة على ركوب المعوقين للمواصلات التابعة لهيئة النقل العام بمحافظة الإسكندرية بالمجان. تخصيص نسبة من المساكن الحكومية للمعوقين.

محافظة البحيرة

* توقيع الكشف الطبى وعلاج المعوقين من أبناء المحافظة بالمجان بمستشفيات ووحدات مديرية الشئون الصحية بمحافظة البحيرة «موافقة السيد المحافظ بتاريخ ٧ / ١٢ / ٩١».

محافظة الغربية

* تخصيص نسبة 2٣ من النسبة المحددة لحالات الطوارئ لشغل المساكن الاقتصادية التى تقيمها الوحدات المحلية بدائرة المحافظة لصالح المعوقين «قرار السيد المحافظ رقم ١١١ بتاريخ ٧ / ٢ / ١٩٨٥».

محافظ كفر الشيخ

* صدرت قرار لجنة السيارات بكفر الشيخ بتاريخ ١٤ / ٧ / ٩١ بالسماح للعاملين المدنيين

المعوقين بركوب سائر المواصلات مجاناً داخل المحافظة، (خطاب اللجنة رقم ٧٥٧ بتاريخ ١٩ / ١٠ / ١٩٩١ الموجه لمديرية الشئون الاجتماعية).

* بناء على قرار المجلس الإقليمي للتأهيل بتاريخ ٩ / ٣ / ٩٢ صدر قرار السيد المحافظ بإعفاء طلبة مدارس التربية الفكرية ومدارس الصمم واليكم من نسبة من أجر المواصلات، والاعفاء التام من الأجرة للمكفوفين «خطاب المحافظة لمديرية الشئون

الاجتماعية رقم ٣٤٥ بتاريخ ١٧ / ٥ / ٩٢.

* تم تخصيص نسبة ٢٢ من الاسكان للمعوقين وقرار مجلس مدينة كفر الشيخ
المبلغ لمديرية الشؤون الاجتماعية بالخطاب رقم ٨٣٣٠ بتاريخ ٢٣ / ٥ / ٩٢.

محافظة الدقهلية

* صدر قرار السيد محافظ الدقهلية رقم ٥٩٩ بتاريخ ٥ / ٨ / ١٩٩٠ بالسماح
للمعوقين بركوب سيارات الميكروباص والانوبيس التابعة لمشروعات النقل الداخلى
بالمحافظة «بتصف أجرة» بعد الإطلاع على بطاقة المعوق المعتمدة من مديرية الشؤون
الاجتماعية والإدارات الاجتماعية التابعة لها.

محافظة الاسماعيلية

* صدر قرار السيد محافظ الاسماعيلية بالسماح للمعوقين بركوب المواصلات
الداخلية مجاناً.

* للمعوقين الحق فى دخول المسارح ودور السينما الموجودة بالمحافظة مجاناً.

محافظة دمياط

* تخصيص نسبة ٢٢ من اسكان المحافظة للمعوقين، ولهم الأولوية فى الحصول
على الطابق الأرضى.

* للمعوقين الحق فى دخول سينما ومسرح قصر الثقافة بدون رسوم.

* للمعوقين (حالات البتر والشلل) ركوب المواصلات الداخلية مجاناً.

محافظة المنيا

* تخصيص نسبة ٢٣ من المساكن الحكومية للمعوقين.

* منح تخفيض للمعوقين فى أجور ركوب الانوبيسات داخل المحافظة.

* منح تخفيض للمعوقين فى قيمة لشتراكات الأندية.

* قيام اللجنة الفرعية لمعونة الشتاء بسداد قيمة الأجهزة التعويضية لغير القادرين
من المعوقين.

محافظة أسيوط

* صدر قرار السيد محافظ أسيوط رقم ١٦٩ لسنة ١٩٩٠ بتخصيص نسبة قدرها
٢٢ من الوحدات السكنية منخفضة التكاليف التى تقيمها المحافظة للمعوقين.

